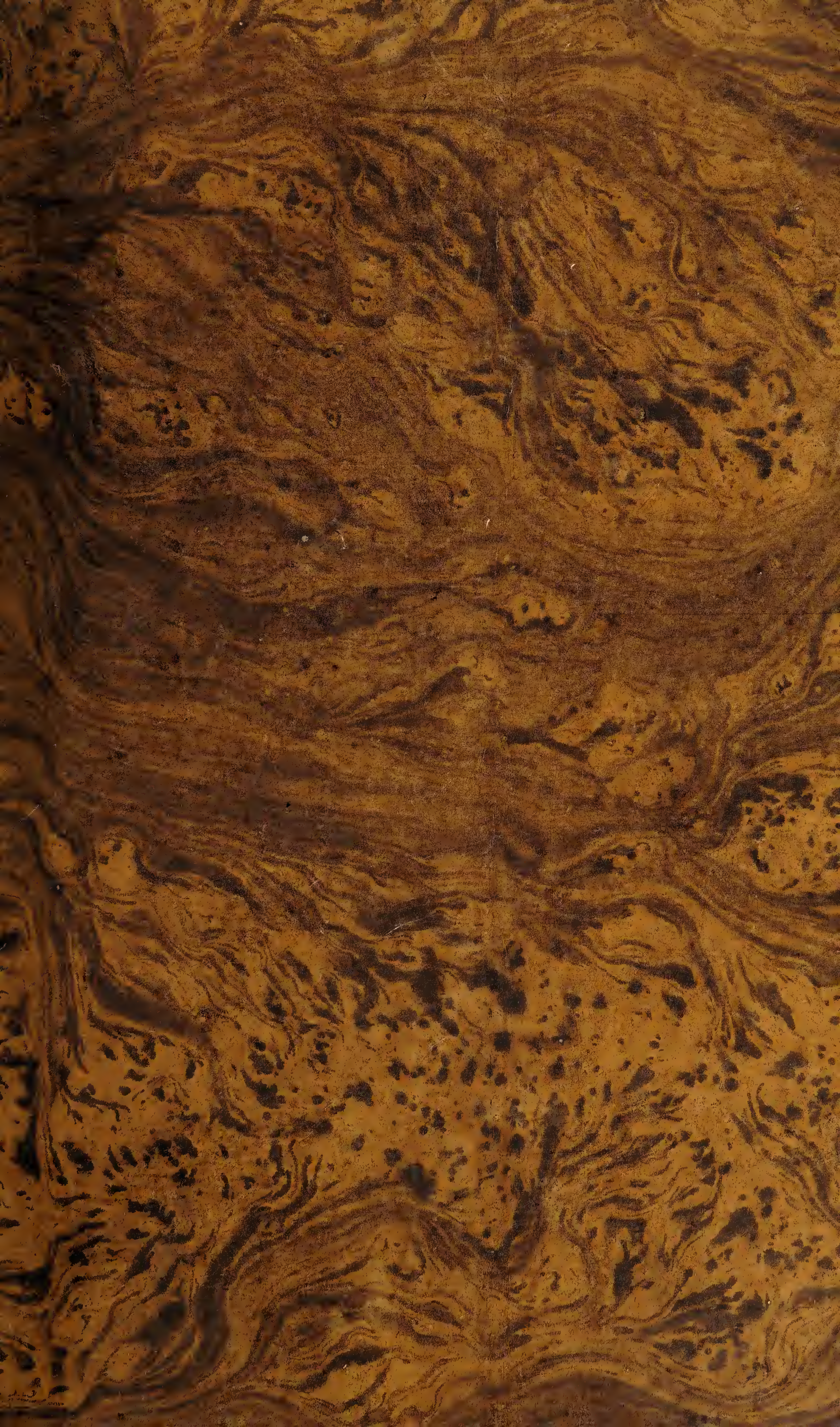


Digitized by the Internet Archive
in 2017 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b29332242_0002

CLINIQUE MÉDICALE.

CLINIQUE MÉDICALE,

OU

CHOIX D'OBSERVATIONS

RECUEILLIES

A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

(CLINIQUE DE M. LERMINIER)

PAR G. ANDRAL,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

Titulaire de l'Académie royale de Médecine, membre des Sociétés de Médecine de Bogota, d'Édimbourg, de Liége, de Naples, de la Nouvelle-Orléans, médecin de l'hôpital de la Pitié, médecin consultant du roi, chevalier de la Légion d'honneur, etc.

TROISIÈME ÉDITION, REVUE, CORRIGÉE ET AUGMENTÉE PAR L'AUTEUR.

TOME TROISIÈME.

MALADIES DE L'ABDOMEN.

TOME I.



Nulla est alia pro certo noscendi via, nisi quàm plurimas et morborum et dissectionum historias, tùm aliorum, tùm proprias, collectas habere, et inter se comparare.

MORGAGNI, *de Sedib. et Caus. morb.*, lib. IV, procem.

BRUXELLES,

SOCIÉTÉ TYPOGRAPHIQUE BELGE, AD. WAHLEN ET COMP^e^.

H. DUMONT, GÉRANT POUR LA MÉDECINE ET LES SCIENCES ACCESSOIRES.

LONDRES. — DULAU ET COMP^e^, LIBRAIRES.

1838

WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

CLINIQUE

MÉDICALE.

OBSERVATIONS

SUR LES MALADIES DE L'ABDOMEN.

LIVRE PREMIER.

MALADIES DU TUBE DIGESTIF.

Les altérations qu'on trouve après la mort dans le tube digestif se rattachent à deux grandes séries d'altérations de fonctions. Dans l'une de ces séries, les désordres fonctionnels portent surtout sur les voies digestives; là sont les symptômes ; là aussi est évidemment toute la maladie. Dans une autre série, il n'en est plus de même: les désordres fonctionnels prédominants n'ont plus leur siége dans l'appareil digestif, bien que dans cet appareil réside encore la lésion anatomique; et, tandis que du côté de l'estomac et des intestins on n'observe plus que des symptômes très-peu prononcés, d'autres appareils, et spécialement ceux de la circulation et de l'innervation, présentent dans les actes qu'ils sont chargés d'accomplir des désordres aussi graves que variés. En pareil cas, on ne pouvait pas être conduit par les seuls symptômes à chercher dans les voies digestives une altération qui les expliquât. Aussi pendant bien longtemps on ne se douta même pas de l'existence de cette altération; et, lorsqu'on l'eut découverte, beaucoup d'esprits hésitèrent encore à admettre qu'en elle seule fût la cause de tous les symptômes, et que seule elle constituât toute la maladie, tant elle leur semblait en désaccord d'intensité avec la gravité et l'universalité des désordres fonc-

tionnels. Ils conservèrent donc à ces maladies le nom de *fièvres* essentielles. Discuter et résoudre autant que possible à l'aide des faits les importantes questions que l'étude de ces maladies a récemment soulevées, tel est l'objet qui va nous occuper dans la section suivante. Nous aurons ensuite à nous occuper des maladies de la première série, ou de celles qui reconnaissent pour seul point de départ et pour unique élément l'état morbide de l'appareil digestif. L'état de ces maladies, ou au moins de quelques-unes d'entre elles, sera l'objet d'une seconde section.

SECTION PREMIÈRE.

OBSERVATIONS SUR LES FIÈVRES.

Les maladies retracées dans les observations que comprend cette section, sont celles qui ont été longtemps décrites sous le nom de fièvres essentielles, et qui se trouvent désignées dans la Nosographie de Pinel par les expressions de fièvres inflammatoire, bilieuse, muqueuse, adynamique et ataxique. Il était réservé à M. Broussais de changer, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, la face de la science.

Depuis la publication de l'Examen des doctrines médicales, de nombreux travaux sont venus appuyer la doctrine de la localisation des fièvres. Ces travaux, qui tous ont eu pour point de départ ceux de M. Broussais, ont de plus en plus démontré le rôle important que jouent les inflammations du tube digestif dans la production des fièvres dites essentielles. Mais ils ont en même temps apporté quelques restrictions aux idées émises par M. Broussais sur le siége et sur la nature de ces fièvres. Ainsi les utiles recherches de M. Bretonneau ont fait connaître, sous le nom de *dothinentérie*, une lésion particulière des follicules intestinaux qui coïncide plus souvent qu'une simple gastro-entérite avec les phénomènes des fièvres dites essentielles. C'est cette même lésion qui, indiquée avant M. Bretonneau par MM. Petit et Serres comme le caractère anatomique de leur fièvre entéro-mésentérique, avait été décrite par nous dans la première édition de la Clinique sous le nom d'*exanthème intestinal*. Nous avions signalé dès lors toutes les périodes par lesquelles passent les plaques et les boutons isolés, depuis leur origine jusqu'à leur

transformation en ulcères. M. Bretonneau n'a rien ajouté à la description de M. Petit ni à la nôtre; il n'a fait qu'assigner un siége à l'exanthème, en le plaçant dans les follicules. Plus récemment, M. Louis a mis hors de doute, par ses excellentes observations, l'importance de la lésion exanthémateuse des follicules intestinaux dans la production des fièvres graves.

Cependant, en admettant que l'entérite simple ou folliculeuse est le point de départ d'un grand nombre de fièvres, peut-on tout expliquer par elles? Nous ne l'avons jamais pensé, et toujours il nous a semblé que ces fièvres ne deviennent graves qu'à la condition d'un trouble qui survient dans l'innervation et dans l'hématose. C'est ce qui a été aussi fort bien démontré par M. le professeur Bouillaud, qui a contribué à donner un grand poids à la doctrine de la localisation des fièvres, en posant cette doctrine sur une base plus large, en établissant surtout la réalité des altérations que subissent, dans un grand nombre de fièvres, d'une part le sang, et d'autre part les centres nerveux. Le rôle joué par ceux-ci a été aussi démontré par d'excellentes observations que l'on doit à M. Chauffard, d'Avignon.

Ce trouble de l'hématose et de l'innervation qui donne naissance aux phénomènes dits adynamiques et ataxiques, ou en d'autres termes à l'état typhoïde, peut être le produit consécutif de plusieurs lésions, différentes par leur nature et par leur siége.

D'abord les inflammations gastro-intestinales lui donnent naissance plus fréquemment que les maladies d'aucun autre organe. Parmi ces inflammations, les unes portent spécialement sur les follicules intestinaux qui se tuméfient et s'ulcèrent; les autres ne consistent qu'en une simple phlegmasie de la membrane muqueuse elle-même.

Moins souvent que le tube digestif, les autres organes peuvent cependant devenir aussi, par leurs maladies, l'occasion de cette perturbation profonde de l'innervation et de l'hématose, perturbation qui constitue la fièvre adynamique et ataxique de Pinel. Ainsi la phlébite, la pneumonie, surtout chez les vieillards, l'érésipèle, le phlegmon, les inflammations des voies urinaires, un abcès développé dans la prostate, une métrite, plusieurs formes de phlegmasies du foie, la variole, l'inflammation aiguë des membranes synoviales, etc., peuvent lui donner naissance. C'est ce qu'a très-bien prouvé M. Boisseau, dans sa pyrétologie physiologique, et ce qui a été mis hors de doute par beaucoup de travaux ultérieurs, par ceux de Dance en particulier.

Mais ce n'est pas tout, et il peut arriver aussi qu'au lieu d'avoir son point de départ dans un solide, la fièvre ataxo-adynamique reconnaisse pour origine une altération du sang, soit que cette altération ait eu lieu spontanément, et produise une sorte de scorbut aigu, soit qu'elle suive l'introduction dans le sang d'agents délétères, comme miasmes, virus, matières en putréfaction; ces agents, après avoir modifié la composition du sang, vont empoisonner les centres veineux : alors la maladie est partout où il y a du sang et des nerfs, et partout il peut se former des lésions qui ne jouent plus qu'un rôle secondaire dans la production des symptômes.

Ainsi l'état ataxo-adynamique ou typhoïde se développe à l'occasion d'un grand nombre d'affection très-différentes les unes des autres: c'est une collection de symptômes, identiques quant à leur siége définitif, mais non quant à leur point de départ. Ces symptômes identiques aussi, quant à leur nature, ne diffèrent que par leur intensité plus ou moins grande: relativement à leur marche et à leur durée, elles sont subordonnées à la marche et à la durée même de l'affection à propos de laquelle les symptômes typhoïdes se sont développés. Si c'est une altération primitive du sang qui leur donne naissance, ces symptômes pourront acquérir en quelques heures leur plus haut degré de développement, et en quelques heures entraîner la mort. Si le point de départ est dans un organe où l'inflammation se développe rapidement, comme dans un poumon ou dans une veine, les symptômes typhoïdes auront comme cette inflammation une marche prompte et une terminaison rapide. Que si, au contraire, ils se lient à une inflammation qui, comme celle des follicules intestinaux, a des périodes qu'elle parcourt avec une certaine lenteur, ils seront, comme cette inflammation elle-même, lents à se développer et à se terminer, soit favorablement, soit d'une manière funeste. Voilà, selon nous, toute la différence qui existe entre une fièvre typhoïde qui se lie à une phlébite, par exemple, et celle qui suit une dothinentérite. Il y aura toutefois dans chacune d'elles quelques symptômes particuliers qui dépendront de la lésion locale, comme la diarrhée dans le cas d'entérite folliculeuse. On peut sans doute, ainsi que l'a fait M. Louis, réserver l'expression de fièvre typhoïde pour l'état morbide qui marche avec l'affection des glandes de Peyer; mais ce n'est là qu'une distinction purement arbitraire, et de plus cette manière de procéder nous semble avoir l'inconvénient de désigner ainsi un grand nombre de cas d'entérites folliculeuses dans lesquelles, comprise suivant son sens étymologi-

que, l'expression d'affection typhoïde n'a plus de sens; car toutes les entérites folliculeuses ne sont certainement accompagnées ni de stupeur ni des différents phénomènes de la fièvre ataxique ou adynamique; toutes ne ressemblent point au typhus; ce sont souvent de simples fièvres inflammatoires, bilieuses ou muqueuses, pour nous servir un instant du langage de la Nosographie philosophique.

Nous ne croyons donc pas devoir conserver l'expression de fièvre typhoïde, parce que cette expression laisse dans l'esprit un vague qui n'est pas dans la science, et parce que souvent elle manque d'exactitude sous le rapport des symptômes qu'elle représente. Nous admettons, comme conséquence possible, mais jamais nécessaire, d'un grand nombre de maladies un *état typhoïde*, c'est-à-dire un état dans lequel apparaissent des symptômes généraux plus ou moins semblables à ceux qui caractérisent les typhus. Cet état annonce que la maladie ne réside plus tout entière dans l'organe où elle avait pris naissance; il est en quelque sorte le signal de la participation du sang et des centres nerveux à la maladie. Dès lors la nature de cette maladie n'est plus la même, et d'autres indications thérapeutiques se présentent à remplir.

Nous espérons que les observations qu'on va lire contribueront à jeter quelque jour sur les questions que nous venons d'aborder.

CHAPITRE PREMIER.

FIÈVRES CONTINUES TERMINÉES PAR LA MORT.

En classant les cas relatifs à ces maladies d'après le siége des lésions qu'elles laissent après elles, nous sommes conduit à les distribuer, d'après nos observations, dans trois principaux articles.

Dans un premier article se trouvent rangés les cas où nous avons constaté dans le tube digestif l'existence de la lésion décrite par nous dans la première édition de cet ouvrage sous le nom d'exanthème intestinal, et par M. Bretonneau sous le nom de dothinentérie. Ces cas sont, de tous, les plus nombreux. Ils constituent la fièvre typhoïde de M. Louis. La maladie à laquelle ils sont relatifs nous paraît plus convenablement désignée par les noms d'entérite exanthémateuse, ou folliculeuse, ou bien

encore de dothinentérie. Que si l'on répugnait à admettre ces noms, comme faisant trop préjuger une question en litige, nous préférerions encore à l'expression de fièvre typhoïde, celle de fièvre entéro-mésentérique, qu'avaient employée MM. Petit et Serres. Tout en ne plaçant pas la lésion intestinale au premier rang, elle a au moins l'avantage de la signaler; elle attache l'esprit à quelque chose de précis, en le reportant sur le caractère anatomique de la maladie.

Dans un second article, sont exposés les cas moins nombreux dans lesquels le tube digestif nous a offert, non plus une affection de ses follicules, mais une simple inflammation de sa membrane muqueuse, caractérisée par la rougeur et le ramollissement de cette membrane. C'est là la gastro-entérite, telle que l'avait d'abord décrite M. Broussais. Nous prouverons, par des observations, qu'elle peut, tout aussi bien que l'entérite folliculeuse, donner naissance à des symptômes typhoïdes, mais dans un moins grand nombre de cas. Le mouvement fébrile qu'elle suscite a aussi en général une durée moins longue et des périodes moins déterminées que celui auquel donne naissance l'entérite folliculeuse; peut-être aussi peut-on s'en rendre plus facilement maître et l'arrêter plus sûrement dans sa marche que la fièvre liée à une dothinentérie.

Enfin, dans un troisième article, nous consignerons les cas dans lesquels, bien que des symptômes ataxo-adynamiques ou typhoïdes aient encore été observés, on ne découvre plus de trace de lésion dans le tube digestif. Mais, ailleurs, dans différents organes, on trouve des altérations qui peuvent être regardées comme le point de départ de ces symptômes. Mais ces altérations, pas plus que celles du tube digestif, ne constituent pas toute la maladie; elles ne sont, en quelque sorte, que l'occasion de son développement, à peu près comme une plaie qui, dans certaines dispositions de l'économie, devient une cause occasionnelle de tétanos. Ici, comme dans les cas d'entérites simples ou folliculeuses, c'est dans les centres nerveux secondairement affectés, qu'il faut chercher la cause de la gravité de la maladie; c'est dans la nature des modifications qu'ont subies les centres nerveux qu'il faut chercher l'explication des symptômes; c'est à l'état de ces centres que doit être en grande partie subordonné le traitement.

ARTICLE PREMIER.

FIÈVRES CONTINUES, LIÉES A UNE INFLAMMATION FOLLICULEUSE DES INTESTINS.

Dans les observations qui vont suivre, nous essayerons de suivre l'entérite folliculeuse dans ses diverses périodes, depuis celle où elle ne constitue que quelques élevures disséminées à la surface interne de l'intestin grêle, jusqu'à celle où les ulcérations qui ont succédé à ces élevures se sont elles-mêmes cicatrisées. Nous étudierons quels sont les symptômes qui ont accompagné les diverses phases de cette sorte d'exanthème; nous chercherons à déterminer leurs rapports avec celui-ci; et, enfin, nous verrons jusqu'à quel point la maladie, dans ses différentes formes symptomatiques, s'est trouvée influencée, soit en bien, soit en mal, par les diverses méthodes thérapeutiques.

§ I. OBSERVATIONS SUR L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE A LA PÉRIODE D'EXANTHÈME.

Ire OBSERVATION.

Symptômes de fièvre bilieuse ; absence de dévoiement. Mort par pneumonie neuf jours après le début de la première maladie. Tuméfaction des follicules agminés de l'intestin grêle.

Un maneuvre, âgé de vingt-sept ans, à Paris depuis treize mois, éprouvait depuis quelque temps, de la diminution dans son appétit, de la céphalalgie, un sentiment de faiblesse insolite. Un soir, après avoir soupé, il éprouve un frisson ; toute la nuit, il ressent une chaleur brûlante. Le lendemain cette chaleur continue, il a un léger mal de gorge et vomit les aliments qu'il a pris la veille. Le surlendemain au soir il entre à la Charité. Examiné à la visite suivante, commencement du troisième jour de sa maladie, il présente l'état suivant.

Face jaune avec rougeur des pommettes ; céphalalgie sus-orbitaire ; injection des yeux, accablement général, mouvements pénibles, douleurs articulaires. Lèvres sèches, langue couverte d'un enduit jaunâtre épais, d'un rouge cerise sur les bords et à la pointe; goût d'amertume dans la bouche, peu de soif, déglutition légèrement douloureuse ; abdomen souple et indolent dans tous ses points, pas de selles depuis le commencement de la maladie. Un peu de toux, râle muqueux en quelques points. Pouls fréquent et dur, peau sèche et d'une chaleur âcre. (*Saignée du bras de douze onces*, *tisane d'orge*, *lavement*, *diète.*)

Le lendemain, quatrième jour, l'état du malade n'a subi aucun changement notable. (*Deuxième saignée.*) — Délire dans la nuit du quatrième au cinquième jour.

Les cinquième et sixième jours, la teinte jaune de la face se prononce de plus en plus, les traits s'affaissent ; le malade regarde d'un air étonné ceux qui l'entourent,

ses réponses sont lentes ; l'enduit de la langue est très-épais ; l'abdomen n'est pas tendu ; la constipation persiste. Dans la matinée du sixième jour, nous sommes frappés de la manière dont s'exécute la respiration ; elle est haute, accélérée, nous écoutons la poitrine, et nous trouvons un râle crépitant très-prononcé dans toute l'étendue du lobe inférieur du poumon gauche ; dans cette même étendue il y a une légère diminution de sonoréité des parois thorachiques ; l'expectoration est nulle ; le pouls a une extrême fréquence. L'existence d'une pneumonie nous semble évidente. Une saignée de douze onces est pratiquée, des sinapismes sont appliqués aux extrémités inférieures. Cette troisième saignée n'offrit pas plus de couenne que les deux précédentes. Dans la nuit, le malade délira.

Dans la matinée du septième jour, la gêne de la respiration était très-considérable ; il n'y avait pas plus d'expectoration que la veille. Dans la partie postérieure et latérale gauche du thorax le son était mat, et l'on n'y entendait plus ni râle crépitant ni bruit respiratoire. L'état des voies digestives était le même. On obtenait difficilement des réponses du malade. (*Deux vésicatoires aux jambes.*) Délire la nuit.

Le huitième jour, même état. — Le neuvième, la dyspnée est extrême, le malade peut à peine prononcer quelques mots d'une voix entrecoupée. — Mort dans la journée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'encéphale et ses annexes offrent une injection générale assez vive, qui paraît liée à l'état d'asphyxie au milieu duquel le malade a succombé.

Le lobe inférieur du poumon gauche est complétement hépatisé ; le reste du parenchyme pulmonaire, à gauche et à droite, est fortement engoué. Le cœur contenait, dans sa partie droite, un gros caillot noir peu consistant.

La surface interne de l'estomac ne présente autre chose qu'un certain nombre de veines sous-muqueuses gorgées de sang, qui sont surtout apparentes vers le grand cul-de sac. La muqueuse elle-même est partout pâle et de consistance ordinaire.

Cette même injection veineuse existe dans les trois cinquièmes inférieurs de l'intestin grêle. Dans l'étendue de deux pieds, au-dessus de la valvule iléo-cœcale, existent cinq grandes plaques d'un gris rougeâtre, ovalaires, occupant le bord libre de l'intestin, faisant une saillie légère au-dessus du niveau du reste de la muqueuse. Ces plaques résultent évidemment d'une tuméfaction hypérémique des follicules agminés de l'intestin ; entre ces plaques on trouve quelques petites pustules, les unes rouges, les autres d'un gris blanchâtre, qui ne sont non plus autre chose que des follicules isolés. Entre ces pustules, comme entre les plaques, la membrane muqueuse est pâle. La surface interne du gros intestin est blanche dans toute son étendue. Il ne présente rien de remarquable. Les autres viscères abdominaux n'offrent aucune altération appréciable.

Cette observation fournit un exemple bien tranché de dothinentérite à son premier degré. A l'époque où le malade entra à l'hôpital, l'appareil respiratoire ne présentait autre chose qu'une légère irritation des bronches, et ce n'était pas là qu'il fallait chercher la cause de la fièvre. Y avait-il quelque autre organe en souffrance? Nulle part, excepté au

pharynx, on ne reconnaissait de douleur; partout l'abdomen avait conservé sa souplesse et son indolence normale. Il n'y avait pas de diarrhée, mais seulement on observait un état *saburral* de la langue avec rougeur de sa périphérie, qui coïncidait avec une *teinte bilieuse* de la face. Joignez à cela l'état de la peau et du pouls, et il en résultera la maladie décrite par les nosographes sous le nom de *fièvre bilieuse*. Cependant que nous apprend l'ouverture du cadavre? elle nous révèle un état morbide des follicules intestinaux; et comme ce même état a été retrouvé maintes fois dans des cas où longtemps avant la mort les mêmes symptômes avaient été observés pendant la vie, nous sommes en droit de penser qu'il y a une corrélation remarquable entre ces symptômes et la maladie intestinale; nous pouvons dire que c'est celle-ci qui a été au moins le point de départ de ceux-là. Cette maladie est encore à sa première période : elle ne consiste encore qu'en une sorte d'exanthème. Maintenant l'on peut se demander à quelle époque précise l'exanthème a commencé : fut-ce seulement le jour où se manifesta le frisson, et d'où nous avons fait dater le commencement de la maladie? mais alors nous demanderons quelle était la lésion qui, avant ce jour, avait produit de l'anorexie, de la céphalalgie, du malaise. Si la lésion intestinale survint en même temps que le premier dérangement de la santé, fut-ce en devenant tout à coup plus intense, ou en changeant de nature, qu'elle produisit la fièvre?

Quoi qu'il en soit, retenons encore de cette observation qu'une dothinentérite peut se développer sans produire ni douleur, ni tension du ventre, ni diarrhée. N'oublions pas non plus l'état de la langue, qui ne fut expliqué dans ce cas par aucun état morbide de l'estomac. Dans ce dernier organe il n'y avait pas plus de saburre que d'irritation, et son examen fait après la mort, n'aurait pas plus justifié l'administration d'un vomitif que l'application de sangsues à l'épigastre.

Que si nous étudions maintenant cette maladie sous le rapport de sa marche et sous celui des moyens thérapeutiques qu'on lui opposa, nous trouverons qu'ici, comme dans bien d'autres cas, les émissions sanguines n'exercèrent aucune influence en bien; chaque jour, et malgré elles, nous vîmes la maladie s'aggraver; le délire, qui revenait chaque nuit, l'aspect de la face, l'embarras de l'intelligence et de la parole, la difficulté de plus en plus grande des mouvements devaient faire craindre la transformation de la maladie en une *fièvre adynamique* proprement dite, lorsque se déclara la pneumonie qui entraîna prématurément le

malade au tombeau. Cette pneumonie fut remarquable par la rapidité avec laquelle elle passa du premier au second degré; aucune douleur pleurétique ne l'accompagna ; aucune expectoration caractéristique n'en signala l'existence. Voilà un cas, entre mille autres, dans lequel des émissions sanguines antécédentes n'empêchent pas une nouvelle inflammation de prendre naissance.

IIe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre ataxique. Mort six jours après l'invasion. Tuméfaction des follicules intestinaux. Aucune lésion appréciable dans les centres nerveux.

Un garçon chapelier, âgé de trente-un ans, entre à la Charité dans un état complet de délire. Ceux qui l'amènent disent que quatre jours auparavant il avait été pris de céphalalgie et de fièvre. La veille seulement de son entrée, il avait commencé à délirer. Lorsque nous le vîmes, la face était fortement injectée ; les yeux roulaient continuellement dans les orbites, comme agités de mouvements convulsifs. Le malade prononçait des mots sans suite, et l'on ne pouvait obtenir de lui aucune réponse ; on lui avait mis la camisole. Le tronc était dans un mouvement perpétuel ; la langue était rouge et sèche ; une abondante salivation avait lieu ; le ventre était souple ; il n'y avait pas de dévoiement. Le pouls battait plus de 120 fois par minute ; il avait assez de force. (*Saignée de douze onces, trente sangsues au cou.*)

Les deux jours suivants, le délire persista sans aucun intervalle de lucidité ; la langue se sécha de plus en plus, la face pâlit, le pouls acquit une fréquence extrême, devint filiforme, et le malade succomba vers la fin du sixième jour. La constipation ne cessa pas ; l'abdomen se météorisa un peu le dernier jour. — Trente nouvelles sangsues furent placées au cou le cinquième jour, et le sixième on appliqua aux jambes deux vésicatoires qui ne prirent pas.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Pâleur des méninges ; absence d'injection de l'encéphale, dont la consistance n'est ni augmentée ni diminuée.

État sain des organes thorachiques.

Deux plaques rouges, ayant chacune la largeur d'une pièce de deux francs, existaient vers le grand cul-de-sac de l'estomac. Ces plaques sont formées par une injection pointillée de la muqueuse ; partout cette membrane est bien consistante.

L'intestin grêle est blanc, sans lésion appréciable, dans ses cinq sixièmes supérieurs. Le cinquième inférieur présente, 1o quelques plaques ovalaires, rouges, évidemment constituées par des follicules malades ; 2o un grand nombre de petites pustules coniques également rouges, qui ne nous semblent non plus être autre chose que des follicules isolés. Entre eux, la muqueuse est blanche et bien consistante. Quelques pustules semblables existent dans le cœcum. Le reste du gros intestin est pâle, sa muqueuse n'est pas ramollie.

État sain des autres organes.

Les altérations du tube digestif, trouvées sur le cadavre de cet individu, sont les mêmes que celles que nous a présentées le sujet de la première observation. Ici il n'y a de plus que les deux petites taches rouges de l'estomac. Cependant quelle différence dans les symptômes ! L'individu dont on vient de lire l'observation semblait surtout devoir présenter après la mort des lésions du côté du cerveau, et l'on n'en découvrit aucune. L'encéphale et ses annexes furent même trouvés plus pâles que chez le sujet de la première observation, dont le délire n'avait existé que par intervalles. D'ailleurs chez l'un et chez l'autre il y a la même absence de symptômes locaux du côté de l'abdomen; toutefois chez l'un et chez l'autre la langue a perdu son état naturel. Mais c'est chez le second qu'elle est modifiée de la manière la plus grave. Sont-ce les deux petites taches rouges trouvées dans l'estomac qui rendront compte dans ce cas de la rougeur et de la sécheresse de la langue ? Mais chez combien d'individus ne trouve-t-on pas dans la membrane muqueuse de l'estomac une injection plus forte et plus étendue, sans que la langue ait été altérée pendant la vie !

Voilà donc deux individus chez lesquels une lésion identique de l'intestin ne se révèle par d'autre symptôme local que par une modification de l'état de la langue, qui, chez tous deux, n'est pas le même ; de plus, cette lésion intestinale, identique chez tous deux, est accompagnée chez tous deux de symptômes généraux fort différents.

Du reste, l'intestin, examiné ici au sixième jour, présente la même altération que dans le cas précédent où c'est le neuvième jour seulement qu'on en fit l'examen.

Ici encore, comme dans la première observation, nous pouvons constater la complète inefficacité des émissions sanguines, soit générales, soit locales. Je ne dis pas pour cela qu'il ne faille pas y avoir recours ; je dis seulement que par elles on ne se rend pas toujours maître de la maladie, et qu'on ne l'enraye pas toujours dans sa marche. Ces cas, du reste, ne seraient pas les seuls de ce genre que je pourrais rapporter. En dehors des hôpitaux, je pourrais citer, en particulier, plusieurs exemples de jeunes élèves en médecine qui, très-fortement saignés dès le début et pendant le cours de maladies semblables, par leur nature, à celle dont il vient d'être question, n'en ont pas moins succombé. Je ne rapporterai ici que les deux cas suivants, comme exemples de l'inefficacité fréquente des émissions sanguines, quelle que soit l'époque de la maladie à laquelle on les emploie.

Un élève en médecine, âgé de vingt-deux ans, à Paris depuis trois mois, demeurant rue des Fossés-Saint-Victor, dans une chambre vaste et bien aérée, avait beaucoup travaillé, s'était bien nourri, et n'avait fait aucun excès depuis son arrivée à Paris. Vers la fin du mois janvier 1829, il fut pris d'un violent mal de tête qu'il essaya de combattre par un purgatif. Loin de diminuer après celui-ci, la céphalalgie augmenta et persista pendant trois jours sans aucun autre symptôme; puis de la fièvre apparut, et en même temps l'intelligence se troubla. *Deux saignées du bras furent pratiquées;* aucune amélioration ne les suivit. Loin de là, l'intelligence se troubla de plus en plus; le pouls prit une fréquence extrême. Trente sangsues furent placées au cou; leurs piqûres donnèrent une très-grande quantité de sang. Le lendemain de leur application, la face était pâle ; les traits s'étaient affaissés d'une manière remarquable; le délire persistait plus fort que jamais; les tendons présentaient de fréquents soubresauts, et la langue, qui jusqu'alors n'avait été que blanche, s'était séchée. On applique alors de la glace sur la tête; tous les symptômes s'aggravent: les muscles sont le siége d'un tremblement continuel; la langue participe à ce tremblement, lorsque le malade essaye de la tirer hors de la bouche; le pouls devient filiforme, et le malade succombe.

Chez un autre élève en médecine, également âgé de vingt-deux ans, et qui n'habitait aussi Paris que depuis trois mois, logeant rue Saint-Dominique-d'Enfer, ayant eu toujours une conduite bien réglée sous tous les rapports, s'étant bien nourri, le premier dérangement de la santé se manifesta, comme chez le précédent, par une forte céphalalgie, qui, après avoir persisté trois jours, s'accompagna de fièvre. *Une première saignée*, pratiquée le jour même où la fièvre parut, ne fut suivie d'aucun amendement. Le lendemain *deuxième saignée;* la céphalalgie ne cède pas, le pouls prend plus de fréquence, la langue est blanche et humide. On *applique des sangsues à l'anus;* aucun amendement n'a lieu. On *pratique une saignée du pied;* le mal de tête persiste ainsi que la fièvre. On a recours alors à des applications froides sur le front. On frictionne les tempes avec de l'éther, on applique des sinapismes aux jambes. La céphalalgie disparaît, et le malade semble mieux. Mais le lendemain la fréquence du pouls augmente de nouveau, et l'on observe un léger trouble de l'intelligence. Les jours suivants, tous les symptômes d'une fièvre grave se déclarèrent; épistaxis répétées, sécheresse et noirceur de la langue, teinte plombée de la face; soubresauts de ten-

dons; irrégularité de l'action musculaire; ballonnement de l'abdomen, trouble de l'intelligence, d'abord intermittent, puis continu. Pouls très-fréquent et misérable; mort.

Voilà deux cas bien tranchés, où les émissions sanguines ont été également infructueuses, soit pour enlever les symptômes encore légers qui existaient au moment où elles furent pratiquées, soit pour prévenir le développement d'accidents plus graves.

IIIe OBSERVATION.

Symptômes de Fièvre ataxo-adynamique. Mort le onzième jour. Tuméfaction des follicules de l'iléum et du cœcum. Injection des méninges et de la substance grise extérieure des hémisphères cérébraux. Rate volumineuse et molle.

Un perruquier, âgé de dix-huit ans, d'une constitution assez chétive, épuisé par des excès de femmes et de table, ressentit, sans cause connue, le 3 septembre 1822, vers deux heures de l'après-midi, un frisson intense qui dura trois heures; de la chaleur lui succéda, puis une sueur abondante s'établit, et persista jusqu'au lendemain matin. Les quatre jours suivants, chaleur continuelle; sueur la nuit; céphalalgie; bouche mauvaise, anorexie, diarrhée. Pendant tout ce temps le malade garda le lit et ne but que de l'eau sucrée. Il entra à la Charité le 7 septembre, il vint à pied à l'hôpital; dans la nuit du 7 au 8 il délira un peu.

Le 8, céphalalgie moindre; face rouge, yeux brillants; langue sèche, à peine rouge; soif, anorexie, bouche mauvaise; ventre un peu ballonné, légèrement douloureux à la pression; selles aqueuses, précédées de coliques: pouls fréquent, un peu dur; peau chaude. (*Tisane d'orge gommée.*)

Dans la nuit du 8 au 9 le malade délira de nouveau; dans la matinée du 9 le délire persistait; les yeux restaient fermés; la face était très-rouge; le pouls, de fréquence médiocre, avait perdu sa dureté. (*Saignée de deux palettes, sinapismes aux genoux.*)

Le 10, amélioration; intelligence plus nette; mais de temps en temps cependant les idées se troublaient encore; la langue était toujours un peu sèche, le ventre ballonné; deux selles liquides. (*Douze sangsues à l'anus; sinapismes aux jambes dans la soirée; orge.*)

Le délire revint dans la journée; la nuit, on fut obligé d'attacher le malade, qui voulait fuir de son lit.

Le 11, il était plongé dans un assoupissement profond dont on le tirait néanmoins assez facilement; il répondait aux questions, mais il ne savait où il était; il prononçait quelques paroles sans suite, puis ses yeux se fermaient de nouveau; le pouls, faible, avait acquis une grande fréquence; même état des fonctions digestives. (*Huit sangsues à l'anus; deux vésicatoires aux jambes dans la soirée; orge gommée.*)

Le 12, état comateux plus prononcé; quatre selles involontaires. (*Quatre sangsues derrière chaque oreille; embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre; frictions aromatiques sur les membres; deux nouveaux vésicatoires aux cuisses; même tisane.*)

Les sangsues prescrites au cou, furent appliquées à l'anus; dans la journée le malade sortit de son état comateux; il s'agita beaucoup, pleura et poussa des cris. (*Même prescription, hors les vésicatoires.*)

Le 13, à peine approchait-on de son lit, qu'il pleurait et semblait se désespérer ; il ne répondait plus ; cependant il conservait encore assez d'intelligence pour montrer la langue lorsqu'on lui en faisait le signe. La langue était sèche, un peu brune à son centre ; il n'y avait pas eu de selle. (*Limonade minérale.*)

Le 14, coma profond ; conjonctives injectées ; face couverte d'une sueur froide et visqueuse ; extrémités glacées ; pouls filiforme, tellement fréquent qu'on ne pouvait en compter les battements ; mort deux heures après la visite (du dixième au onzième jour de la maladie).

OUVERTURE DU CADAVRE

22 *heures après la mort.*

Crâne. L'arachnoïde de la convexité des hémisphères présentait une assez vive injection. Elle se déchirait avec la plus grande facilité ; en cherchant à l'enlever, l'on détachait avec elle quelques portions superficielles des circonvolutions cérébrales. La surface même des hémisphères offrait une légère teinte rosée. Leur tissu n'était sensiblement ni ramolli ni endurci. Les ventricules ne contenaient qu'une quantité à peine appréciable de sérosité. L'arachnoïde de la base n'était point injectée.

Thorax. Une assez grande quantité de sérosité sanguinolente engouait les deux poumons. Le cœur contenait du sang noir à moitié caillé.

Abdomen. La surface interne de l'estomac était pâle dans toute son étendue. Partout la muqueuse présentait l'épaisseur et la consistance qui constituent son état sain.

Le duodénum était blanc, ainsi que le jéjunum dans ses trois quarts supérieurs. Le quart inférieur présentait plusieurs plaques rouges, qui, réunies, auraient occupé environ huit à dix pouces de longueur. La blancheur reparaissait dans les deux tiers supérieurs de l'iléum. Dans son tiers inférieur, on voyait s'élever de sa surface interne des élevures nombreuses, saillantes d'une à deux lignes au-dessus de la muqueuse ; leur largeur variait depuis celle d'un grain de chenevis, jusqu'à celle d'une grosse lentille ; leur couleur était d'un blanc opaque. Au centre de trois ou quatre d'entre elles existait une perte légère de substance, égalant à peine le volume d'une tête d'épingle. Toutes avaient leur siége dans la muqueuse. Discrètes d'abord, elles devenaient confluentes près de la valvule iléo-cœcale ; là où elles étaient discrètes, la muqueuse placée dans leurs intervalles avait conservé sa blancheur ; plus bas cette membrane acquérait une teinte rosée.

Dans le cœcum et dans les colons transverse et ascendant l'on retrouvait encore ces élevures, mais beaucoup plus rares. L'on en comptait à peine quatre ou cinq dans un espace de six pouces en longueur. Cependant la membrane muqueuse était plus fortement injectée que celle de la fin de l'intestin grêle.

Le reste du colon et le rectum étaient blancs et sains.

La rate était remarquable par son énorme volume ; son tissu était dense et noir.

Les canaux biliaires et la vésicule contenaient un liquide d'un gris sale tout à fait différent de la bile.

Cette maladie présente encore une autre physionomie que les précédentes. Des symptômes bien tranchés d'irritation intestinale en marquè-

rent le début; il n'y a plus ici constipation comme chez les sujets des observations précédentes; la diarrhée existe dès le commencement; elle succède au frisson initial, et apparaît en même temps que la fièvre. La sueur qui, dans les premiers jours, se montra chaque nuit, est un phénomène assez rare dans les maladies du genre de celles qui nous occupent. Cependant des symptômes plus graves ne tardent pas à survenir. L'intelligence se trouble d'abord par intervalles, puis d'une manière continue; on observe de remarquables alternatives d'agitation extrême et de coma profond; le ventre se ballonne; la langue se sèche et brunit. A l'ouverture du cadavre on retrouve les mêmes plaques exanthémateuses dans l'intestin grêle; quelques-unes présentent un très-léger commencement d'ulcération; mais on en retrouve aussi de considérables dans le cœcum, et cette dernière circonstance explique la diarrhée qui avait existé au début de la maladie. De plus, il y a ici en plusieurs points de l'intestin une rougeur de la muqueuse elle-même, qui manquait dans les deux observations précédentes. Dans ce cas, pas plus que dans les autres, l'état de la langue n'est pas expliqué par l'état de l'estomac. Dans ce cas enfin, on trouve dans le cerveau des traces de congestion qui n'existaient pas chez le sujet de la deuxième observation, bien que chez celui-ci les divers symptômes nerveux fussent encore plus prononcés.

Parmi les autres altérations que découvrit l'ouverture du cadavre, nous noterons: 1° l'aspect tout particulier de la bile; 2° le volume considérable et l'extrême mollesse de la rate. Nous ne retrouverons pas la même altération de la bile dans les observations suivantes; nous rencontrerons, au contraire, dans beaucoup d'entre elles un état de la rate semblable à celui que nous a présenté l'observation actuelle. Or, cette extrême fréquence d'une même altération dans une même espèce de maladie, n'en prouve-t-elle pas l'importance? Ne doit-elle pas au moins fixer beaucoup sur elle l'attention des observateurs?

Le traitement fut purement antiphlogistique; pendant les premiers jours boissons délayantes et diète; puis abondantes émissions sanguines générales et locales; et enfin révulsifs. Cependant la maladie n'en continua pas moins sa marche. Employées dès le début, les saignées eussent-elles été plus utiles? on peut le croire, mais qui oserait l'affirmer, après avoir lu les observations qui précèdent celle-ci? Il y avait, d'ailleurs, chez cet individu, des conditions spéciales d'innervation qui avaient préexisté à sa maladie (excès), et qui, sans doute, ne furent pas sans in-

fluence sur sa gravité. Cependant n'exagérons pas la part de cette influence; car aucune cause semblable n'avait existé chez l'individu qui fait le sujet de la deuxième observation, non plus que chez les deux élèves en médecine dont il est question dans les réflexions placées à la suite de cette observation, et cependant chez ces trois sujets d'aussi graves désordres d'innervation se manifestèrent.

IVe OBSERVATION.

Symptômes de Fièvre d'abord muqueuse, puis adynamique. Mort le seizième jour. Tuméfaction des follicules. Vers nombreux dans l'intestin.

Un garçon cordonnier, âgé de seize ans, d'une faible constitution, n'offrant encore aucun signe de puberté, n'habitait Paris que depuis neuf jours. Il venait de Lorraine, et avait fait la route en charrette découverte. Deux jours après son arrivée il sentit de la céphalalgie et du mal de gorge. En même temps anorexie, fièvre; pas de mal de ventre, ni de dévoiement. Après être resté sept jours dans cet état, il entra à la Charité; il offrit alors l'état suivant :

Céphalalgie; face pâle; pupilles fortement dilatées, abattement; paresse dans les mouvements; langue blanchâtre; soif; dégoût profond pour toute espèce d'aliment; nausées fréquentes; léger mal de gorge; ventre bouffe et indolent; pas de selle depuis six jours; fièvre très-modérée; respiration libre; poitrine sonore; douleur vive par la pression entre la quatrième et la cinquième côte en dehors du sein, dans l'étendue d'un ou deux pouces au plus; décubitus indifférent. (*Vingt sangsues à l'anus; tisane d'orge oxymélée.*)

Le lendemain 28 février, prostration; deux selles liquides; même état du reste.

Le 1er mars, langue blanche; bouche très-mauvaise; haleine fétide; nausées; léger dévoiement; ventre bouffe; pouls à peine fébrile; peau sèche; face pâle; yeux appesantis; augmentation sensible de la faiblesse générale. (*Dix grains d'ipécacuanha; deux vésicatoires aux jambes; embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre.*)

Le malade vomit un peu de bile, et alla une fois à la selle dans les vingt-quatre heures.

Le 2 mars; la langue était aussi chargée, la bouche aussi mauvaise; la douleur de côté ne se faisait plus que très-légèrement sentir par une forte pression. Mais le malade se décourageait; il avait eu du délire pendant la nuit; la prostration faisait des progrès; les traits de la face s'altéraient sensiblement; le ventre, très-gros, était douloureux à la pression; le pouls était devenu très-fréquent et se déprimait facilement; la peau était sèche et chaude. (*Six sangsues derrière chaque oreille; embrocations d'huile d'amandes douces sur l'abdomen; fomentations émollientes : tisane d'orge édulcorée.*)

Beaucoup de sang s'écoula des piqûres des sangsues.

Une seule selle eût lieu jusqu'au lendemain matin.

Dans la journée du 3 le malade commença à délirer; la nuit, il fut très-agité.

Dans la matinée du 4 la face, abattue et très-pâle, exprimait l'anxiété; le malade ne répondait qu'avec beaucoup de peine aux questions; les idées n'étaient lucides que par intervalles; il poussait des cris aigus dès qu'on pressait légèrement l'abdomen; la douleur paraissait alors assez vive pour qu'on pût soupçonner une péritonite; la langue

était humide et jaunâtre; aucune selle n'avait eu lieu. (*Tisane de lin; lavements émollients; fomentations émollientes.*)

Cris et délire dans la nuit du 4 au 5. — Le 5, le délire persistait; les traits se décomposaient; l'œil était terne, à moitié recouvert par la paupière supérieure. La pression de l'abdomen excitait des plaintes; le pouls était très-fréquent et faible, la peau chaude et aride; la langue conservait son humidité; le malade toussait beaucoup.

Le 6, même état; dilatation extrême des pupilles, qui se resserraient à peine par le contact de la lumière.

Le 7, face cadavéreuse; langue, pour la première fois, sèche et couverte d'un enduit brunâtre; les facultés intellectuelles paraissaient anéanties; le pouls était filiforme, d'une fréquence extrême, la peau moite pour la première fois; ventre souple; pas de selle; respiration accélérée; toux; râle sibilant en avant des deux côtés.

Mort dans la soirée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Rien de remarquable dans le cerveau ni dans ses enveloppes.

Fort engouement de la partie postérieure des deux poumons, surtout du droit; cœur vide de sang, ainsi que les artères.

Surface interne de l'estomac généralement blanche; injection peu considérable de la membrane muqueuse dans une petite étendue du grand cul-de-sac.

Assez vive rougeur de la muqueuse duodénale; rien de remarquable dans les trois quarts supérieurs de l'intestin grêle; soixante ascarides lombricoïdes dans le quart inférieur; dans cette portion existaient de nombreuses élevures, irrégulièrement arrondies ou ovalaires, blanches, saillant d'une à deux lignes au-dessus du niveau de la muqueuse, et dont le diamètre variait depuis celui d'une petite tête d'épingle jusqu'à celui d'une pièce de deux francs. Elles étaient formées par la membrane muqueuse épaissie. Celle-ci était blanche autour d'elles; des vers trichocéphales existaient en grande quantité dans le gros intestin, qui était blanc; des points noirs agglomérés, tels que nous les avons précédemment décrits, parsemaient la muqueuse de l'appendice vermiculaire du cœcum.

Lorsque ce malade entra à la Charité, l'on n'observait chez lui qu'une faiblesse générale, une sorte de langueur de la plupart des fonctions. Il présentait assez bien cet ensemble de symptômes qui a été décrit sous le nom de fièvre muqueuse. Comme cause de cet état, l'on trouvait la fatigue d'un voyage long et pénible, et vraisemblablement l'usage de mauvais aliments. Au bout de quelques jours, et au milieu des progrès de l'affaiblissement général, le pouls, à peine fréquent jusqu'alors, s'accéléra; du délire se manifesta, par intervalles d'abord, puis d'une manière continue, et le malade succomba dans un état ataxo-adynamique. Dans le principe, des sangsues furent appliquées à l'anus. Les signes bien dessinés d'embarras gastrique furent combattus par un vomitif. Plus

tard des vésicatoires furent appliqués aux jambes. On chercha à faire cesser le délire par les saignées dérivatives de la région mastoïdienne et du cou. Nous avons vu quelles lésions furent trouvées à l'ouverture du cadavre, bien que l'estomac ne présentât qu'une injection légère et peu étendue; la langue fut, vers la fin, sèche et noire.

Les vers peuvent-ils être considérés comme la cause productrice de la maladie à laquelle succomba ce malheureux enfant? Remarquons d'abord que nous avons maintes fois observé un état pareil chez des individus dont les intestins ne contenaient aucun ver. D'autres fois, au contraire, nous avons trouvé les intestins remplis d'une grande quantité d'ascarides lombricoïdes, chez des malades qui ne nous avaient offert aucun des symptômes présentés par celui-ci.

Est-ce du moins à la présence des vers qu'il faut attribuer plusieurs des symptômes, tels que l'extrême dilatation des pupilles, qui persista depuis le moment de l'entrée du malade jusqu'à sa mort, la pâleur livide de la face et du pourtour des orbites, la fétidité de l'haleine, le développement de l'abdomen, son extrême sensibilité, surtout dans les derniers temps? Déjà d'ailleurs nous avons vu ce dernier phénomène apparaître dans plusieurs cas de fièvre grave sans qu'il existât de lésion qui en rendît compte. Les malades témoignaient la plus vive douleur, poussaient des cris dès qu'on pressait légèrement le ventre; mais si nous exercions le même degré de pression sur d'autres parties du corps, telles que la poitrine ou les membres, ils ne la supportaient pas mieux. Cet endolorissement général n'est que le résultat d'une exaltation de la sensibilité; chez d'autres individus, au contraire, également atteints de fièvre ataxique, la sensibilité s'abolit au point qu'on peut tordre la peau, la pincer fortement, y enfoncer même des corps acérés, sans que les malades paraissent en ressentir de la douleur.

Est-ce encore aux vers que nous attribuerons le point pleurétique assez violent dont se plaignit le malade dans les premiers temps; et même la toux qui le tourmentait? Morgagni, *irrefragabilis auctor*, comme l'appelle Haller, a rapporté l'histoire d'un jeune homme qui, atteint d'une toux violente et d'une vive douleur dans l'un des côtés de la poitrine, en fut délivré après qu'il eut vomi un ver lombric. Ce fait ne doit être admis qu'avec une certaine réserve. Il n'est pas douteux cependant que la plupart des symptômes de la phthisie pulmonaire peuvent être simulés par la présence du tœnia.

Au reste, il est peu de maladies, surtout chez les enfants, dont on

n'ait cru pouvoir regarder les vers comme la cause. Klein a dit: *Nullum tam peregrinum est symptoma tanque* diamôniakon, *quod vermes excitare non possint.* On lit dans les auteurs de nombreux exemples de paralysies, d'états comateux, d'asthmes, de palpitations de cœur, de toux opiniâtres, d'épilepsies, de convulsions hystériques, dus à cette cause. Il n'est pas jusqu'au tétanos qui n'ait été considéré comme le résultat de la présence des vers dans le canal intestinal. Dès le temps d'Alexandre de Tralles, on disait que, lorsque les vers passaient de l'intestin grêle dans l'estomac, ils donnaient naissance à d'atroces cardialgies, à des syncopes, et qu'une mort subite en était quelquefois le résultat.

Il faut avouer que de pareilles observations deviennent d'autant plus rares que l'anatomie pathologique est plus généralement et plus soigneusement cultivée. Mais tout en nous méfiant de la réalité de ces faits extraordinaires, gardons-nous d'en nier la possibilité. Une hémiplégie causée par les vers ne nous paraîtrait pas un phénomène plus incroyable que la paralysie consécutive à l'introduction des particules de plomb dans les voies digestives. Or rien n'est malheureusement plus réel et plus commun que cette dernière espèce de paralysie. Les symptômes causés par les vers doivent d'ailleurs beaucoup varier selon leur nature, leur nombre, leur vie plus ou moins active, leur mobilité plus ou moins grande, leur contact plus ou moins immédiat avec la membrane muqueuse, leur situation dans telle ou telle partie du tube digestif, l'énergie des sympathies de l'individu, sa susceptibilité nerveuse, etc. Parmi les médecins, disait de Haen, les uns font jouer aux vers un rôle trop important dans la production des maladies, et les autres n'y font pas assez d'attention.

Chez notre malade, les portions de muqueuse en contact avec les vers étaient très-blanches. D'autres fois, nous avons trouvé ces animaux plongés au milieu d'un mucus sanguinolent, et la muqueuse fortement enflammée autour d'eux.

Ve OBSERVATION.

Symptômes de Fièvre ataxo-adynamique. Mort vers le dix-huitième jour. Tuméfaction des follicules de l'intestin grêle. Follicules du colon plus apparents que de coutume. Rate volumineuse et molle. Pneumonie.

Un cocher de fiacre, âgé de vingt-cinq ans environ, fut apporté à l'hôpital dans un état de délire complet. Nous ne pûmes rien savoir sur son état antécédent, si ce n'est

qu'il était malade depuis quinze jours. Les yeux étaient injectés, les joues rouges, les lèvres sèches, la langue un peu animée et humide. Il lâchait fréquemment sous lui. Pouls faible, fréquent; peau peu chaude ; quelques soubresauts de tendons. (*Deux vésicatoires aux jambes ; tisane d'orge gommée.*)

Le lendemain, 18 décembre, persistance du délire ; langue sèche, couleur de crème brûlée ; pouls très-fréquent et très-faible.

Le 19, pour la première fois, le malade répondait aux questions, bien que délirant encore. L'air de stupeur était très-prononcé ; quelques pétéchies sur l'épigastre ; respiration accélérée. (*Sinapismes.*)

Le 20, dernier degré de la prostration ; face cadavéreuse ; pouls filiforme, tellement fréquent, que les battements ne peuvent en être comptés ; langue sèche et noire, selles involontaires.

Mort dans la journée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Cerveau sain, ainsi que ses dépendances. Mélange d'engouement séro-sanguinolent et d'hépatisation rouge dans le lobe inférieur du poumon droit.

Injection légère du grand cul-de-sac de l'estomac ; muqueuse d'épaisseur et de consistance ordinaires.

Blancheur parfaite des quatre cinquièmes supérieurs de l'intestin grêle. Dans le cinquième inférieur, élevures assez nombreuses, rouges, ovalaires, séparées par des intervalles où la muqueuse est blanche. Pas d'ulcérations.

Injection légère du cœcum. Dans le colon descendant, points noirs isolés existant au centre d'une légère saillie de la muqueuse (follicules).

Rate volumineuse et très-molle.

L'individu qui fait le sujet de cette observation est mort à une époque plus éloignée du début de la maladie que les sujets des observations précédentes ; cependant ce sont encore les mêmes altérations que l'on retrouve dans l'intestin ; aucune des plaques exanthémateuses qui le parsèment ne présente encore d'ulcération ; nous avons déjà vu un cas où la maladie était moins ancienne, et où cependant la surface de ces plaques présentait déjà un léger commencement de solution de continuité. Nous verrons plus bas d'autres exemples d'ulcérations plus considérables à une époque également moins avancée.

Nous voyons encore dans cette observation un exemple de délire sans lésion appréciable de l'encéphale, et une langue sèche et noire, avec un état de l'estomac, tel qu'on le rencontre dans une foule de cas où la langue ne s'est jamais éloignée de son état naturel. Pourquoi cette langue était-elle encore humide le jour de l'entrée du malade à l'hôpital ? pourquoi, dès le lendemain, fut-elle trouvée si sèche ?

Quel symptôme aurait pu faire soupçonner ici l'existence de l'hépati-

sation d'une partie du poumon droit? Un peu de gêne dans la respiration la veille de la mort, voilà tout ce qui fut observé du côté de la poitrine. Combien n'est-il donc pas nécessaire, en pareil cas, de pratiquer l'auscultation et la percussion, lors même qu'aucun signe ne nous porte à soupçonner l'existence d'une maladie de l'appareil respiratoire! Ici, du reste, quelle autre médication que celle qui fut suivie aurait-on opposée à cette pneumonie? L'ensemble des symptômes contr'indiquait toute émission sanguine, et les révulsifs qu'on avait appliqués eussent été aussi les seuls moyens qu'on eût pu opposer à l'affection pulmonaire.

VIe OBSERVATION.

Symptômes de Fièvre ataxo-adynamique. Misère antécédente. Dérangement progressif de la santé. Mort du vingt-cinquième au trentième jour. Tuméfaction et rougeur des follicules intestinaux. Rougeur de la portion splénique de l'estomac et de la muqueuse de l'intestin grêle entre les follicules. Taches rouges à la surface interne de la vessie. Rate volumineuse et molle. Pneumonie.

Un homme de cinquante-cinq ans, maigre et d'une chétive constitution, avait joui jadis d'assez d'aisance; mais plongé dans la misère depuis quelques années, il ne vivait que d'une modique pension, qui était loin de pouvoir suffire à ses besoins. Il habitait une très-petite chambre près de fosses d'aisances infectes. Cependant il avait toujours joui d'une assez bonne santé, lorsque vers la fin du mois d'août il fut pris d'une assez violente angine, après avoir plongé dans l'eau froide ses pieds en moiteur. Des sangsues appliquées au cou hâtèrent la résolution de cette angine; mais depuis cette époque il resta dans un état valétudinaire. Il ressentit tour à tour de violents maux de tête, de fortes douleurs lombaires, et perdit l'appétit; ses forces diminuèrent. Enfin, le 12 septembre, il fut atteint de diarrhée : elle persista jusqu'au 18, époque de l'entrée du malade à l'hôpital. Pendant ce temps il n'eut pas plus de deux ou trois selles liquides toutes les vingt-quatre heures. Dans la matinée du 17 il présenta l'état suivant :

Affaissement des traits; prostration; langue sèche, brune à son centre; peu de soif; anorexie; ventre indolent; deux selles liquides depuis vingt-quatre heures; pouls fréquent et faible; peu de chaleur à la peau; un peu d'exaltation dans les idées.

Malgré l'aspect adynamique de la face et la couleur brune de la langue, quinze sangsues furent appliquées à l'anus. (*Lavement émollient; tisane d'orge édulcorée.*)

Le lendemain 18, la couleur noire du centre de la langue avait envahi toute l'étendue de la face supérieure de cet organe. L'état du malade était d'ailleurs resté le même. (*Orge; lavement émollient.*)

Aucune selle n'eut lieu jusqu'au lendemain matin 19; langue sèche et noire; prostration de plus en plus grande; pouls très-faible, fréquent; peau sans chaleur. Cependant, au milieu de l'adynamie générale, les idées conservaient toujours leur exaltation : le malade bavardait beaucoup; il était dans un état voisin du délire.

Il parut indiqué à M. Lerminier de dégorger le cerveau, d'une part, et de l'autre, de relever les forces. Tel fut le but de la prescription suivante : (*Quatre sangsues derrière chaque oreille; deux sinapismes, le soir, autour de chaque jambe; frictions d'alcool camphré sur les membres; lavement avec une once de quinquina et un scrupule de camphre; eau d'orge avec un tiers de vin; limonade minérale.*)

Dans la journée les idées reprirent leur lucidité; la nuit fut assez calme. Le 20, nous trouvâmes le malade dans un état à peu près semblable à de celui de la veille. (*Même prescription, excepté les sangsues.*)

Il lâcha deux au trois fois sous lui dans les vingt-quatre heures suivantes.

Le 21, même état d'exaltation de l'intelligence; persistance de la sécheresse et de la noirceur de la langue ; le pouls était filiforme, la température de la peau ordinaire. (*Deux tasses d'infusion de quinquina avec addition du sirop d'écorces d'oranges amères furent ajoutées à la prescription.*)

Les 22, 23 et 24, l'état du malade ne subit aucun changement sensible ; les évacuations alvines, liquides, ne dépassèrent pas le nombre de deux ou trois en vingt-quatre heures ; les mouvements étaient encore libres ; le malade prenait de lui-même différentes positions dans son lit. Il se relevait de temps en temps sur son coude, et s'y tenait appuyé. Il était loin d'être encore dans un état désespéré. (*Le même traitement fut continué.*)

Le 26, la langue s'était humectée, et avait perdu en partie l'enduit noirâtre qui la recouvrait ; aucun des autres symptômes ne s'était aggravé. Cependant le malade succomba le 27, à une heure du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

32 *heures après la mort.*

Crâne. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien était infiltré d'un peu de sérosité.

Le cerveau était assez mou, non injecté, non plus que ses membranes. Deux cuillerées à café environ de sérosité limpide existaient dans chaque ventricule latéral. Rien de remarquable dans les autres parties de l'encéphale.

Thorax. Le poumon droit, adhérent aux côtes par d'anciennes brides celluleuses, était parfaitement sain ; il ne présentait pas même d'engouement. Il en était de même de la partie antérieure du poumon gauche ; mais en arrière, son tissu, d'un brun foncé, était engoué d'une très-grande quantité de sang; il crépitait à peine, et se déchirait en pulpe lorsqu'on le pressait entre les doigts.

Le cœur, bien proportionné, contenait, dans ses cavités droites, un caillot fibrineux blanc, assez consistant, qui occupait à la fois le ventricule et l'oreillette. En pressant ce caillot entre les doigts, on en exprimait une grande quantité de sérosité, et on le transformait en une membrane albumineuse, mince. De semblables caillots existaient dans l'aorte, dont la surface interne était blanche.

Abdomen. L'estomac, un peu recouvert par le foie, était en rapport immédiat, dans le reste de sa face antérieure, avec les parois abdominales; sa surface interne était blanche dans la portion pylorique; mais dans toute l'étendue de la portion splénique apparaissaient de nombreuses ramifications vasculaires, autour desquelles étaient agglomérés des petits points rouges. Groupés en plusieurs endroits en nombre considérable, ils y produisaient une couleur rouge uniforme. Les ramifications vasculaires avaient leur siége dans le tissu lamineux, et les points rouges, dans la membrane muqueuse; de petits vaisseaux injectés les formaient. La membrane, assez épaisse, se détachait partout sans se déchirer. Il nous parut évident qu'une phlegmasie au premier degré existait dans les deux tiers environ de l'estomac.

L'intestin grêle y compris le duodénum, présentait une couleur blanche, légèrement rosée par intervalles, jusque dans l'étendue d'un pied et demi au-dessus du cœcum. Dans cet espace, la membrane muqueuse présentait une couleur rouge intense, et une épaisseur plus grande que dans son état ordinaire. En trois endroits existaient des

élevures oblongues, rouges comme le reste de la membrane, ayant environ quatre lignes de long sur une ou deux de large. Elles se seraient vraisemblablement transformées en ulcérations, si l'individu eût vécu plus longtemps.

Immédiatement au-dessous de la valvule iléo-cœcale, la surface interne de l'intestin changeait d'aspect. Au lieu d'une couleur rouge uniforme, l'on observait sur un fond blanc une foule de très-petites plaques rouges, véritablement miliaires, arrondies, oblongues ou sinueuses, et dont le milieu présentait une teinte blanche analogue à la couleur de la muqueuse dans l'intervalle des plaques. Cette altération existait depuis le cœcum jusqu'à l'S iliaque du colon. Le reste du gros intestin était blanc ; des matières verdâtres liquides le remplissaient.

Le foie avait une dureté remarquable : trois petits calculs, dont deux miliaires, et le troisième du volume d'une noisette, étaient contenus dans la vésicule. La rate, très-volumineuse, se réduisait en une bouillie rougeâtre par la plus légère pression.

La vessie contenait une médiocre quantité d'urine : sa surface interne était parsemée d'un grand nombre de taches d'un rouge vermeil, analogues à celles que nous avons quelquefois rencontrées dans l'estomac.

Il est impossible, dans ce cas, d'indiquer, d'une manière précise, l'époque du début de la lésion intestinale. Chez cet individu, placé dans des conditions qui le prédisposaient à une maladie grave, nous voyons d'abord la santé se déranger peu à peu ; tour à tour des accidents surviennent du côté des voies de la déglutition, de la tête, des lombes, puis du tube digestif ; enfin la lésion de cette dernière partie persiste, et devient prédominante.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, il présentait déjà cet ensemble des symptômes, qui, dans l'école de Pinel, caractérisent l'état adynamique, et bientôt du délire survint. Pendant les premiers jours de simples émollients furent prescrits, l'état du malade ne fit qu'empirer ; on essaya les toniques, ils ne furent pas d'abord plus avantageux. Cependant, c'est une chose digne de remarque, que, deux jours après qu'on eut commencé à administrer le quinquina par la bouche, la langue commença à s'humecter et à se dépouiller de son enduit noir, et sous l'influence de ce médicament la diarrhée n'augmenta pas. Comment expliquer ce changement d'aspect de la langue à la suite de l'administration du quinquina, si l'on réfléchit à l'état de vive rougeur que l'estomac présenta sur le cadavre ? Est-ce le médicament lui-même qui produisit la rougeur ? L'état assez bon des forces, la liberté notable des mouvements, permettaient encore quelque espoir de guérison, lorsque tout à coup le malade succomba. Quel rôle joua l'affection du poumon dans la production des symptômes et de la mort ? On ne saurait le dire ; mais

toujours est-il qu'ici encore cette affection pulmonaire resta complétement latente et ne nous fut révélée qu'après la mort. L'état du poumon était fort remarquable ; c'était une sorte de ramollissement pultacé plutôt qu'une véritable hépatisation.

Les mauvaises influences d'air et d'alimentation auxquelles cet individu avait été longtemps soumis avant de devenir malade, la misère qu'il avait éprouvée, pouvaient porter à penser que, chez lui, le premier mobile du dérangement de la santé avait été un sang mal réparé. C'était là un des cas où, *à priori*, l'on aurait pu admettre une altération du sang comme cause première des phénomènes morbides, et où l'on aurait pu s'attendre à le trouver, après la mort, différent de ce qu'il est dans l'état normal. Cependant il n'en fut point ainsi : si le sang était altéré, il ne l'était pas du moins d'une manière appréciable pour nos sens : rappelons-nous, en effet, ce caillot fibrineux de couleur et de consistance normales qui remplissait les cavités du cœur. Dans les maladies semblables à celles dont l'observation précédente retrace un exemple, et que, dans un langage purement symptômatique, on a appelées du nom de fièvres graves ou typhoïdes, le sang ne perd donc pas toujours, comme on l'a dit, la faculté de se coaguler après la mort, et l'on ne peut pas établir en principe qu'en pareil cas on le trouve liquide dans les vaisseaux. Dites, si vous voulez, que dans ces maladies l'altération du sang peut être admise, soit par l'étude des causes, soit par celle des symptômes ; mais reconnaissez que, dans bien des cas au moins, c'est uniquement par le raisonnement et non par des preuves matérielles que vous êtes conduit à admettre cette altération. Plus bas, nous trouverons d'autres cas où le sang, examiné sur le cadavre, nous présentera dans ses propriétés physiques des modifications qui ne nous permettront pas de révoquer en doute son altération réelle.

VIIe OBSERVATION.

Symptômes de Fièvre d'abord inflammatoire, puis ataxo-adynamique. Mort le trente-unième jour. Absence constante de dévoiement. Langue sèche seulement les deux derniers jours. D'abord émissions sanguines abondantes, puis traitement stimulant. Tuméfaction des follicules intestinaux ; rougeur livide de la surface interne du cœcum et du colon. Rougeur et mollesse de la membrane muqueuse de l'estomac.

Un serrurier, âgé de vingt-quatre ans, était malade depuis dix jours lorsqu'il entra à la Charité ; il avait éprouvé pendant ce temps de la céphalalgie, des lassitudes spontanées, une chaleur brûlante dans tout le corps. Lors de son entrée il avait une fièvre assez intense ; la langue était animée, les selles dans un état naturel, le ventre souple et

indolent. D'abord on ne lui donna que des tisanes adoucissantes. Le quatrième jour (8 octobre) douze sangsues furent appliquées à l'anus.

Le lendemain 9, céphalalgie moindre, nuit plus calme, fièvre moindre; langue blanchâtre, rouge seulement à la pointe; deux selles. (*Tisane d'orge.*)

Dans la nuit du 9 au 10, léger délire. — Dans la matinée du 10, un peu d'affaissement; pouls comme rebondissant, de fréquence médiocre; langue couverte d'un enduit jaunâtre. (*Saignée du pied de trois palettes; tisane d'orge.*)

La nuit du 10 au 11 fut meilleure que la précédente. Le 11, les traits de la face étaient relevés, les idées plus nettes, la parole était plus libre. Mais une disposition inflammatoire semblait exister à la fois dans plusieurs organes : le malade toussait beaucoup, les yeux étaient rouges ainsi que les lèvres et la langue. La fièvre était peu intense; le pouls conservait le même caractère; il semblait comme rebondir sous le doigt : une nouvelle saignée parut indiquée; deux palettes de sang furent tirées d'une des veines du bras; le sang se rassembla en un caillot mou, sans couenne. (*Bourrache miellée, tisane d'orge oxymélée.*)

Pendant le jour le malade retomba dans le même état d'affaissement que le 10. La nuit, ses idées se troublèrent de nouveau. Dans la matinée du 12 il répondait avec peine; sa voix était tremblante; un commencement de stupeur était empreint sur l'ensemble de sa physionomie. La langue était rouge sur les bords, blanche à son centre; ventre indolent; une selle; pouls de fréquence médiocre; persistance de la toux. Le cerveau semblait être l'organe spécialement lésé. (*Sinapismes aux extrémités inférieures.*)

Aucun changement n'eut lieu dans la journée; la nuit, il se déclara un violent hoquet, qui persistait encore dans la matinée du 13; même état d'ailleurs. (*Vésicatoire entre les épaules.*)

Le hoquet n'avait pas encore cessé le 14 : le malade avait déliré la nuit; ses traits avaient une immobilité remarquable; ses yeux fuyaient la lumière. La langue, bien humectée ne présentait qu'un peu de rougeur sur ses bords; l'abdomen commençait à se météoriser; aucune selle n'avait eu lieu. Le pouls, facilement déprimable, battait quatre-vingt-douze fois par minute; la température de la peau était à peu près ordinaire. La potion suivante fut prescrite à prendre par cuillerées :

Eau de tilleul.	3 *onces.*
Eau de menthe.	2 *onces.*
Teinture de musc.	1 *gros.*
Laudanum.	12 *gouttes.*
Sirop d'œillet.	1 *once.*

Après que la troisième cuillerée eut été prise, le hoquet disparut.

On donna dans la journée un lavement de camomille avec addition de douze grains de camphre. Le malade but de la limonade minérale et de l'eau rougie.

Le 15, le hoquet n'avait pas reparu. (*Même prescription.*)

Les trois jours suivants, l'état du malade resta stationnaire. (*Mêmes médicaments; fomentations d'huile de camomille camphrée sur le ventre.*)

Le 19, la potion fut remplacée par quatre bols de camphre et de nitre, contenant chacun six grains de camphre et six grains de nitre, à prendre de trois en trois heures. La langue présentait à peu près son aspect naturel; l'abdomen avait assez de souplesse; les selles étaient régulières; le pouls, facilement déprimable, battait de quatre-vingt-dix à quatre-vingt-quinze fois par minute : les traits ne se relevaient pas.

Le 20 et le 21, l'air de stupeur augmenta sensiblement, sans que les autres symptô-

mes présentassent de changement. (*Infusion aqueuse de quinquina ; limonade minérale, eau d'orge, lavement camphré, frictions aromatiques sur les membres.*)

Le 22, augmentation de la fréquence du pouls (cent quatre pulsations). Même état du reste. (*Même prescription.*)

Dans la nuit le malade eut, pour la première fois, une sueur abondante ; mais cette sueur était bornée à la face, au thorax et aux membres supérieurs : elle était loin d'être critique ; la fréquence du pouls était encore augmentée (cent vingt pulsations) ; la langue tendait à se sécher. (*Même prescription.*)

Le 24, décomposition des traits de la face ; abattement profond ; langue tout à fait sèche : cent quarante-deux battements artériels. (*Vésicatoires aux jambes.*)

Mort le 25 dans la matinée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Rien de remarquable dans le cerveau et dans ses enveloppes.

Poumons engoués à leur partie postérieure. Cœur flasque, vide de sang.

Abdomen. Des boissons et des gaz distendaient l'estomac. La membrane muqueuse, dans la presque totalité de son étendue, était rouge et molle ; au-dessous d'elle existait une injection notable du tissu lamineux.

L'intestin grêle était pâle et sans lésion jusque dans l'étendue d'un demi-pied au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Dans ce dernier espace, la membrane muqueuse présentait de nombreuses élevures blanches et entourées d'un tissu également blanc. La surface de ces élevures était comme rugueuse, inégale ; leur forme était oblongue ; leur diamètre égalait celui d'une pièce de vingt sous. La membrane muqueuse prenait une couleur brune dans l'étendue de deux ou trois travers de doigt au plus au-dessus de la valvule. La surface interne du cœcum et du colon ascendant présentait une rougeur livide intense ; le reste du gros intestin, rempli par des matières assez bien liées, était blanc.

Les autres viscères abdominaux étaient sains.

Cette maladie ressemble, par son début, à plusieurs de celles dont nous avons déjà rapporté l'histoire. On observe de la céphalalgie, du malaise général, de la fièvre, de l'anorexie, et rien autre chose du côté des voies digestives.

Combattus d'abord par de simples boissons délayantes, les symptômes persistèrent ; ils étaient ceux qui caractérisent la fièvre inflammatoire, telle que Pinel l'a décrite. Ils diminuèrent après une application de sangsues à l'anus ; mais cet amendement ne fut que momentané. Le surlendemain de l'application des sangsues tous les symptômes reparurent avec une nouvelle intensité ; le pouls en particulier présentait ce caractère spécial qui se lie souvent aux hémorragies, et qui paraît indiquer l'emploi des émissions sanguines. Une saignée du pied fut effectivement pratiquée, et un amendement la suivit aussi ; les forces parurent surtout

se relever. On pouvait donc raisonnablement penser qu'elles n'étaient qu'*opprimées;* et, comme plusieurs organes paraissaient être encore dans l'imminence de l'inflammation, on devait croire qu'une nouvelle saignée serait aussi utile que semblaient l'avoir été les deux précédentes. Une veine du bras fut donc ouverte, mais cette troisième émission sanguine n'eut pas le même résultat que les deux premières. Peu d'heures après qu'elle eut été pratiquée, les symptômes s'aggravèrent d'une manière effrayante, et nous vîmes presque instantanément une fièvre inflammatoire, qui paraissait peu grave, se changer en une fièvre ataxo-adynamique des mieux dessinées; le pouls change tout à coup de caractère; il devient petit, et ne résiste plus au doigt qui le presse. Un peu de météorisme survient; il n'y a du reste, aucun autre accident appréciable du côté des voies digestives. C'est alors qu'une autre médication est employée. Du musc en teinture est administré dans le but spécial de combattre le hoquet qu'un vésicatoire n'avait pas fait cesser. Ce hoquet disparaît, en effet, peu de temps après qu'on a commencé à administrer cette substance, unie à un peu de laudanum. Divers stimulants, tels que camphre, nitrate de potasse, vin étendu d'eau, limonade sulfurique, sont alors donnés. Pendant quatre jours la maladie reste stationnaire. La langue présente un aspect à peu près naturel; le ventre a toute sa souplesse; les selles sont régulières; mais le pouls garde sa fréquence. L'air de stupeur ne diminue pas d'abord, puis augmente. On a recours alors au quinquina donné en infusion. Le jour même où l'on commence à le faire prendre, la fréquence du pouls s'accroît d'une manière notable; le lendemain ella est encore plus considérable. La *langue se sèche* pour la première fois, et bientôt le malade succombe au milieu d'un état de prostration qui tout à coup était devenu extrême.

L'ouverture du cadavre nous montre dans les follicules intestinaux la même lésion que chez les sujets des observations précédentes. Elle nous montre de plus, dans une partie du gros intestin, une rougeur qui est ici d'autant plus remarquable, que l'individu n'avait jamais eu de diarrhée; enfin l'autopsie nous découvre un état morbide de l'estomac plus intense que dans aucune des précédentes observations. N'est-ce pas une chose remarquable que ce soit chez les deux premiers sujets qui ayent pris du quinquina, que nous trouvions l'estomac plus malade que chez aucun des autres? Je serais porté à croire que la gastrite ne se forma que dans les derniers temps, et que c'est par elle que le malade succomba. Nous avons trouvé chez d'autres individus, qui avaient eu la

langue sèche et noire, l'estomac sain et l'intestin grêle exanthémateux. Ici nous pouvons penser que l'époque à laquelle la langue commença à se sécher coïncida avec le développement de l'irritation gastrique. Mais pourquoi resta-t-elle dans un état à peu près naturel, tant qu'il n'y eut qu'exanthème de l'intestin? Il y a donc d'autres conditions qui, indépendamment de l'existence de cet exanthème, font singulièrement varier l'état de la langue. Ce sont ces mêmes conditions, que l'on peut supposer résider dans l'innervation, qui, avec une lésion semblable par sa nature, par son degré, par son siége, par son étendue, ont imprimé une physionomie si différente aux maladies relatées dans les observations qui précèdent.

VIIIe OBSERVATION.

Diarrhée fébrile à l'époque de l'entrée. Amendement par la diète et les simples boissons délayantes. Tout à coup symptômes nerveux graves, et mort. Durée de la maladie indéterminée. Traitement par les émissions sanguines et les révulsifs. Tuméfaction des follicules intestinaux. Petites taches rouges dans l'estomac. Rate volumineuse et molle. Sang liquide.

Un homme de vingt-huit ans, récemment arrivé à Paris, entra à la Charité dans le courant du mois de novembre 1822, avec un léger dévoiement et très-peu de fièvre. La diète et les délayants avaient fait à peu près cesser l'un et l'autre, lorsque, sans cause connue, le malade tomba tout à coup dans le découragement le plus profond; dès lors persuasion intime que sa mort était prochaine et inévitable; pleurs, désespoir. Cependant le pouls n'avait pas acquis de fréquence. Cet état moral persiste pendant deux jours. On cherche vainement à prouver au malade que ses craintes sont sans fondement. Le troisième jour, 23 novembre, les idées commencent à se troubler; le pouls s'accélère. Le 24, la fièvre est intense; le dévoiement continue toujours un peu; la langue est animée, le trouble des idées plus considérable. Le 25, le délire est complet. A six heures du matin, nous trouvons le malade debout hors de son lit; il se recouche d'après nos remontrances, et, bien que répondant d'une manière assez nette à nos questions, il tient les propos les plus incohérents; son œil est hagard; le pouls est très-fréquent, la peau brûlante; une sueur abondante couvre la face; la langue conserve son humidité; sa pointe est rouge.

Le 26, le malade, couché sur le dos, l'œil fixe, l'air pensif, la face rouge et couverte de sueur, regarde d'un air dédaigneux les personnes qui lui adressent des questions, et ne leur répond pas. Si l'on insiste, ses sourcils se froncent, ses yeux expriment la colère, et il prononce d'une voix *forte* et courroucée quelques mots sans suite. Il se refuse à montrer sa langue. Les pulsations artérielles sont tellement fréquentes, qu'elles ne peuvent plus être comptées.

La mort eut lieu la nuit suivante.

A dater du 23 novembre, des sangsues furent plusieurs fois appliquées au cou et à l'anus; les jambes furent couvertes de vésicatoires, de simples délayants furent donnés à l'intérieur.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les muscles étaient bruns et poisseux.

Le cerveau et ses membranes ne présentèrent aucune lésion appréciable.

Engouement des poumons à leur partie postérieure.

Un assez grand nombre de veines gorgées de sang rampaient dans le tissu cellulaire subjacent à la membrane muqueuse de l'estomac. Celle-ci présentait, vers le grand cul-de-sac, quatre ou cinq plaques rouges, ayant chacune, terme moyen, la largeur d'un écu de trois livres ; ailleurs, elle était blanche et saine.

L'intestin grêle était sain jusque dans l'étendue d'un pied au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Dans ce dernier espace existaient une foule d'élevures d'apparences diverses. Les unes rouges, coniques, avaient à peu près le volume d'un pois ; d'autres, semblables aux précédentes par leur forme et leur étendue, en différaient par leur couleur blanche. D'autres, beaucoup plus considérables, arrondies ou oblongues, rouges ou d'un blanc plus mat que le reste de la membrane, avaient un diamètre égal à celui d'une pièce de dix sous pour les plus petites, et d'une pièce de 5 francs pour les plus grandes. Dans leurs intervalles, la muqueuse était tantôt blanche, et tantôt rouge. Discrète d'abord cette éruption devenait confluente près de la valvule. Immédiatement au-dessus de celle-ci, plusieurs élevures se réunissaient en une seule, de manière à former une large plaque, qui occupait à peu près tout le tour de l'intestin.

Le cœcum était assez vivement injecté ; le reste du gros intestin était blanc ; les ganglions mésentériques étaient rouges et engorgés.

La rate était remarquable par son volume et par l'extrême mollesse de son tissu.

Un sang noir liquide existait dans l'aorte ainsi que dans le cœur, dont le tissu était pâle et flasque.

Cette maladie nous offre trois périodes. Dans la première, les voies digestives semblent être spécialement atteintes, et la fièvre qui existe paraît être purement symptômatique de l'irritation intestinale qui révèle la diarrhée. A cette période, la maladie ne présente rien de grave, il suffit de la diète et de quelques délayants pour diminuer le dévoiement et calmer le mouvement fébrile. Alors commence la seconde période, pendant laquelle on peut raisonnablement croire que le malade va entrer en convalescence. C'est alors que l'abattement moral dans lequel, sans cause connue, tombe tout à coup le malade, est le prélude d'un état de délire au milieu duquel il succombe. Du reste, cet abattement moral, loin d'être la cause des accidents nerveux, fut peut-être lui-même un des symptômes de l'affection cérébrale. Celle-ci échappa d'ailleurs à toute investigation anatomique. Ce cerveau, dont les fonctions avaient été si notablement troublées jusqu'à la mort, parut sain sous le scalpel. Que trouvâmes-nous pour expliquer de si graves désordres fonctionnels? Pas autre chose que quelques légères taches rouges dans l'estomac, et comme dans tous les autres cas, un engorgement de quelques follicules intestinaux. Dans tout cela, où est la cause des symptômes? Très-vraisemblablement, comme tendent à le prouver surtout l'observation pré-

mière déjà citée, et quelques autres qu'on va lire, au moment où le malade entra à l'hôpital, il portait déjà dans l'intestin la plupart des lésions qu'on y trouva après la mort : cependant il n'y avait alors aucun symptôme grave, et ceux qui existaient cédèrent aux moyens les plus simples. L'exanthème intestinal prit-il tout à coup un rapide degré d'accroissement après avoir d'abord rétrogradé, ou du moins après être resté stationnaire? Que de questions à soulever, et que de doutes encore à éclaircir? Si dans ce cas il y a obscurité pour l'explication des symptômes, combien n'est-il pas encore plus difficile de se rendre compte de la mort? Le malade mourut, lorsqu'il était encore plein de vie, lorsque, peu de temps avant d'expirer, l'énergie de ses mouvements et la force de sa voix ne permettaient pas de prévoir une terminaison si promptement funeste.

Enfin quels rapports y a-t-il entre ces symptômes et cette mort, et l'état dans lequel furent trouvés sur le cadavre le sang et la rate ?

§ II. FIÈVRES CONTINUES AVEC LÉSION DES FOLLICULES A LA PÉRIODE D'ULCÉRATIONS.

Dans les observations qu'on vient de lire, nous avons vu coïncider, avec les symptômes des différentes fièvres continues, une lésion intestinale toujours identique. Chez les individus morts vers le sixième jour comme chez ceux morts après le trentième, nous avons rencontré cette lésion toujours semblable à elle-même. C'étaient toujours des follicules devenus plus saillants à la surface de la muqueuse, mais dont la texture était facilement reconnaissable. Dans les observations qui vont suivre, nous trouverons autre chose : la couche folliculeuse, soit après s'être transformée en une masse dure, grise ou brune, semblable à une escarre, soit sans avoir subi cette transformation, et sans s'être gangrénée, disparaîtra, et à sa place nous trouverons des ulcérations très-variables par leur étendue, mais peu variables par leur forme et par leur siége. Souvent aussi nous trouverons d'autres ulcérations occupant la place d'un certain nombre de follicules isolés, dont nous pourrons suivre la destruction du sommet à la base. En lisant ces différents cas, nous nous convaincrons d'ailleurs bientôt que le passage de la malade folliculeuse à l'état d'ulcération n'arrive point à une époque qui soit toujours la même. Ainsi, comme nous l'avons déjà vu, il est des cas où, après plus de trente jours de durée, aucune plaque folliculeuse ne s'est encore ulcérée; il est, au contraire,

d'autres cas où, très-peu de jours après qu'elles ont commencé à se développer, elles viennent à s'ulcérer. Commençons par citer un cas de ce dernier genre dans lequel, sur une plaque exanthémateuse, on ne trouva qu'une seule ulcération très-peu large, qui, en s'étendant en profondeur, produisit une perforation mortelle. Cette observation doit être rapprochée de l'observation première, où une pneumonie intercurrente donna lieu aussi à une mort prématurée. Toutes deux nous semblent importantes en ce qu'elles montrent qu'à une époque peu avancée des fièvres, et lorsqu'il n'existe encore que des symptômes fort benins, il y a dans l'intestin la même lésion que celle qu'on y découvre dans des cas infiniment plus graves (1).

IXe OBSERVATION.

Fièvre continue légère. Enduit jaune de la langue; constipation d'abord, puis diarrhée légère. Tuméfaction des follicules; une seule ulcération sur l'une des plaques, terminée par la perforation de l'intestin. Mort par péritonite le treizième jour de la fièvre. Communication entre le tube digestif et la cavité péritonéale. Tubercules pulmonaires.

Un brossier, âgé de dix-sept ans et demi, tempérament lymphatico-sanguin, avait toujours joui d'une très-bonne santé. Le 13 octobre 1822, à sept heures du soir il ressentit, sans cause connue, des étourdissements et un malaise général. Toute la nuit il éprouva une chaleur brûlante. Le lendemain 14, même état; anorexie, une seule selle; sueur abondante la nuit. Le 15 il entra à la Charité. Il sua encore dans la nuit du 15 au 16. A la visite du 16, il présenta l'état suivant :

Face rouge, yeux brillants, brisement des membres, langue couverte d'un enduit jaunâtre épais, lèvres rouges, bouche mauvaise, anorexie, peu de soif, ventre souple et indolent : pas de selle depuis vingt-quatre heures, pouls fréquent, assez développé; peau moite. (*Tisane d'orge gommée, lavement de guimauve.*)

Le malade n'alla qu'une fois à la selle jusqu'au lendemain matin.

Le 17, six grains d'ipécacuanha furent administrés : le malade vomit à deux reprises une assez grande quantité de bile; il n'alla point à la selle. La nuit, il dormit bien; il se réveilla un peu en moiteur.

Le lendemain matin 18, l'enduit jaunâtre de la langue avait disparu ; elle était d'une belle couleur vermeille : le mauvais goût de la bouche n'existait plus. Le pouls était peu fréquent, la température de la peau à peu près ordinaire.

Du 19 au 23, un léger mouvement fébrile persista : anorexie, même état de la langue. Une selle chaque jour après le lavement. (*Tisanes adoucissantes; deux bouillons chaque vingt-quatre heures.*)

Le 23, la langue avait rougi, la fréquence du pouls avait considérablement augmenté, la peau était brûlante, l'abdomen était douloureux à la pression. Deux selles liquides

(1) Le même fait sera encore démontré par l'observation dixième et par quelques autres qui suivent.

avaient eu lieu depuis vingt quatre heures. Cette récrudescence des symptômes fut combattue par l'application de huit sangsues à l'anus. (*Tisane d'orge, diète.*)

Dans la journée, les douleurs abdominales prirent une intensité effrayante. Le malade commença à vomir, pendant la nuit, une grande quantité de bile verte, porracée.

Dans la matinée du 24, nous le trouvâmes couché sur le côté droit, l'œil éteint, la face pâle, cadavéreuse. La pression la plus légère exercée sur l'abdomen, le moindre mouvement, provoquaient les plus vives douleurs. Des nausées continuelles tourmentaient le malade, et étaient suivies de temps en temps de l'expulsion de quelques gorgées de bile. La respiration, haute, accélérée, ne s'exécutait que par le soulèvement des côtes; le pouls était très-fréquent, misérable; la peau sans chaleur.

L'existence d'une péritonite n'était pas douteuse. M. Lerminier présuma que la cause pouvait en être placée dans une perforation intestinale. (*quarante sangsues sur l'abdomen; fomentations huileuses; sinapismes mitigés aux jambes dans la soirée; tisane de lin.*)

Les vomissements continuèrent à avoir lieu toute la journée.

Le 25, à huit heures du matin, l'abdomen était moins sensible, mais il était plus développé, rénitent. Percuté, il rendait partout un son mat; on n'y sentait pas de fluctuation. Les membres étaient froids, le pouls filiforme. Cependant l'œil avait encore une expression assez naturelle. L'intelligence était nette, la parole libre. (*Vésicatoires aux cuisses.*)

Mort à cinq heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE

15 *heures après la mort.*

Des flocons albumineux, étendus en fausses membranes unissaient entre'elles les anses de l'intestin grêle. Une sérosité trouble, lactescente, très-fétide, était épanchée dans les deux flancs et dans l'excavation du petit bassin. Au-dessous des flocons albumineux le péritoine était vivement injecté.

La membrane muqueuse de l'estomac était partout blanche et saine; une égale blancheur régnait dans toute l'étendue de l'intestin grêle; mais dans l'espace d'un pied environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale, existaient cinq à six élevures ovalaires, blanches, ainsi que la muqueuse qui les entourait. Le centre de l'une d'elles était ulcéré; le fond de cette ulcération, formé par la membrane séreuse, présentait à son centre une perforation arrondie, d'une ligne et demie à deux lignes de diamètre. Autour de ces élevures la membrane muqueuse était parsemée de plusieurs petites pustules blanches, miliaires, et faisant à peine saillie au-dessus de sa surface.

Le gros intestin était parfaitement sain, ainsi que les autres viscères.

Une masse tuberculeuse de la grosseur d'une petite noix, existait au sommet du poumon droit.

La principale circonstance qui rende cette observation digne d'intérêt, c'est l'existence d'une dothinenterite très-bien caractérisée chez un individu qui, jusqu'à l'époque de l'invasion de la péritonite, présenta seulement les symptômes d'une fièvre continue fort bénigne en apparence.

C'était, par les symptômes *une fièvre bilieuse peu intense;* l'abdomen était souple, indolent dans tous ses points. La langue, sans rougeur, présentait un enduit épais, qui disparut à la suite de l'administration d'un doux vomitif. Après que celui-ci eut été donné, les symptômes dits d'embarras gastrique disparurent; mais il resta un peu de fièvre, et bientôt une légère diarrhée succéda à la constipation qui existait depuis le commencement de la maladie. Ce fut du dixième au onzième jour qu'apparut ce flux de ventre. Son invasion marqua-t-elle le moment où l'une des plaques exanthémateuses commença à s'ulcérer? Presque en même temps survint la péritonite dont l'ouverture du cadavre montra la cause dans une ulcération intestinale qui, par son extension en profondeur, avait déterminé la perforation des parois de l'iléum.

Ainsi, dans ce cas, pour expliquer l'ensemble des symptômes observés pendant la vie, avant l'invasion de la péritonite, on trouve une maladie des follicules; ils sont tuméfiés sans être rouges, et l'une des plaques qu'ils constituent par leur assemblage est déjà ulcérée. Nous ne trouverons pas de lésions plus intenses dans d'autres observations, qui nous présenteront cependant des symptômes bien autrement graves. D'une autre part, nous avons déjà vu, dans l'observation première, un cas où les symptômes sont à peu près semblables à ceux que nous a offerts le sujet de l'observation actuelle, et chez lequel, pour expliquer ces symptômes, qui étaient ceux d'une fièvre bilieuse assez légère, nous trouvâmes encore la même lésion des follicules intestinaux. Ce n'est donc pas seulement dans les fièvres graves qu'existe cette lésion.

Notons, dans ce cas, la coïncidence de l'état sain de l'estomac avec une couleur rouge de la langue, et rappelons-nous qu'au moins, chez cet individu, les vomissements, qui furent provoqués, n'eurent pas pour effet de remplacer les signes d'embarras gastrique par ceux d'une gastrite plus intense. A la suite du vomitif la langue reprit un aspect naturel, et ce ne fut que plus tard qu'elle rougit, à l'époque où apparut la diarrhée.

Faisons enfin remarquer l'existence de quelques tubercules au sommet du poumon, chez un individu qui, examiné attentivement pendant tout le cours de sa maladie, ne nous présenta aucun symptôme qui pût nous porter à soupçonner une pareille lésion; il avait de l'embonpoint, sa respiration paraissait libre, et il ne toussait pas.

Xe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Symptômes de Fièvre bilieuse peu grave. Pas d'amélioration à la suite d'un vomitif. Épistaxis suivie d'un amendement notable. Espoir d'une convalescence prochaine ; mort subite le quatorzième jour. Quelques ulcérations vers la fin de l'intestin grêle. Tubercules pulmonaires.

Un tailleur, âgé de dix-neuf ans, à Paris depuis six semaines, ressent, le 8 décembre, sans cause connue, un violent frisson, suivi d'une forte chaleur sans sueur. Les jours suivants il éprouve une chaleur continuelle, de la céphalalgie, un grand abattement physique et moral ; il a du dégoût pour les aliments et ne va pas à la selle. Entré à la Charité le 25, il présenta tous les caractères d'une fièvre dite bilieuse. (*Deux grains d'émétique furent administrés.*) Le malade ne vomit pas et alla plusieurs fois à la selle. Dans la nuit il sua abondamment. Cependant, le lendemain 26, la fièvre persistait ; la langue était rouge. Jusqu'au 31, l'état du malade resta à peu près le même. Il avait du dévoiement ; il suait chaque nuit : il ne prit que des tisanes adoucissantes. Dans la nuit du 30 au 31 (quatorzième jour), il eut une épistaxis abondante, et en même temps tous les autres symptômes s'amendèrent. Cette hémorragie pouvait être raisonnablement regardée comme un mouvement critique. Dans la journée le malade se trouva assez bien ; la fièvre était très-modérée. Vers midi il se leva pour aller à la selle ; à peine était-il remonté dans son lit, qu'il cessa tout à coup de respirer et de vivre.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le cadavre, ouvert le lendemain, ne nous présenta aucune lésion qui pût rendre raison d'une mort aussi prompte. Le cerveau et la moelle épinière, attentivement examinés, furent trouvés dans leur état naturel ; le cœur avait les proportions qui constituent son état physiologique, un peu de sang noir liquide remplissait ses cavités, l'aorte et les autres gros vaisseaux étaient sains ; les poumons, parfaitement crépitants, présentaient à peine un léger engouement à leur partie postérieure ; le sommet du poumon droit contenait cinq ou six gros tubercules crus sans hépatisation autour d'eux. Aucun corps étranger n'existait dans le larynx ni la trachée.

La face interne de l'estomac était, dans toute son étendue d'un blanc légèrement rosé. Détachée des tissus subjacents, la muqueuse était d'épaisseur et de consistance naturelles.

Dans l'étendue de quelques travers de doigt au-dessus du cœcum, la muqueuse de l'intestin grêle présentait sept ou huit petites ulcérations avec légère rougeur autour d'elles ; le cœcum était rouge, le reste du gros intestin était blanc.

Cette observation est la troisième dans laquelle nous pouvons constater l'état du tube digestif chez un individu qui n'avait présenté autre chose que des symptômes d'une fièvre continue légère (bilieuse inflammatoire des auteurs), sans complication d'adynamie ou d'ataxie. Voilà donc trois cas où les symptômes de cette fièvre coïncident avec une même

espèce de lésion intestinale, lésion qui est seulement, dans ces trois cas, à différents degrés : c'est un simple exanthème chez le sujet de l'observation première, mort le sixième jour ; c'est un exanthème avec commencement d'ulcération chez le sujet de l'observation neuvième, mort le treizième jour. Ce ne sont plus que des ulcérations chez le sujet de l'observation actuelle, mort du quatorzième au quinzième jour. Mais ce qu'il y a de plus remarquable chez ce dernier, c'est que, malgré la présence des ulcérations, il y avait, depuis deux jours, une tendance notable vers un état meilleur. Comme chez le sujet de l'observation neuvième, l'estomac était sain. Comme chez lui, un vomitif fut administré ; mais cette médication n'eut ici aucun effet avantageux.

Quelle fut maintenant la cause de la mort subite, imprévue, de ce malade ? L'anatomie resta impuissante pour répondre à cette question.

Parmi les cas de mort subite, que ne peut expliquer aucune lésion appréciable, le suivant nous paraît être un des plus remarquables.

Un garçon de quatre à cinq ans, entré à l'hôpital des Enfants, ayant la teigne depuis quelques mois, fut atteint d'un catarrhe pulmonaire et de diarrhée. Cette double maladie céda en peu de temps aux moyens adoucissants.

L'enfant toussait encore un peu ; il n'avait plus de dévoiement ; il se levait et se promenait chaque jour. Le 23 août 1821, il était gai comme à l'ordinaire ; il se lève, va à la selle, puis se place sur une chaise, disant qu'il va dormir. On croit qu'il dort en effet. Sept à huit minutes après il avait cessé de vivre.

On ne trouva aucune lésion appréciable dans le cerveau et ses dépendances ; les poumons, d'un blanc grisâtre et parfaitement crépitants, n'étaient pas même engoués à leur partie postérieure : le cœur était intact, ainsi que les gros vaisseaux qui en partent ou qui s'y rendent ; il ne contenait point de concrétion polypeuse. Le larynx et la trachée étaient sains. La surface interne de l'estomac présentait une couleur blanche, légèrement rosée, avec quelques petites plaques rouges d'espace en espace ; le reste du canal digestif était généralement blanc, injecté par intervalles ; les autres organes étaient sains.

Le cœur, dans les cas de ce genre, cesse-t-il tout à coup de battre ? La mort n'est-elle alors qu'une syncope prolongée ? Les fonctions du cerveau se suspendent-elles primitivement et tout à coup ? Ainsi meurent instantanément les individus frappés d'une forte commotion électrique, les animaux empoisonnés par l'acide hydrocyanique, etc.

Quoi qu'il en soit, les observations de ce genre doivent nous rendre bien circonspects pour prononcer si telle lésion observée dans un cadavre doit être réellement considérée comme la cause de la maladie et de la mort. D'un autre côté, l'ouverture des corps découvre quelquefois dans les organes les plus importants à la vie des altérations considérables qu'aucun symptôme n'avait annoncées. Combien n'est pas difficile la tâche de celui qui cherche à soulever un coin du voile dont la nature enveloppe ses œuvres, soit qu'elle tende à créer, à conserver ou à détruire ! *Homunciones nos ! observata colligimus, legesque condimus ex iisdem, dùm interim nos sæpè in observatis vel unicum lateat, ex quo vera rerum dependeat noticies.* (De Haen.)

Portons maintenant notre attention sur la phthisie pulmonaire, dont le malade portait le germe, et qui n'avait encore révélé son existence par aucune espèce de symptôme. Les tubercules que contenait le sommet du poumon gauche auraient pu rester stationnaires pendant de longues années, et ne pas empêcher celui qui les portait d'atteindre la durée moyenne de la vie ; mais chez les individus qui sont dans ce cas, la moindre irritation portée sur les poumons a les suites les plus fâcheuses ; elle contribue singulièrement à augmenter la diathèse tuberculeuse et à hâter le ramollissement des tubercules qui existent déjà. Tel est le premier degré de la phthisie de Bayle. La nécropsie le découvre chez des individus qui ont eu à peine quelque léger rhume pendant le cours de leur vie. C'est surtout d'après ces faits que Bayle a établi que les tubercules pulmonaires n'étaient pas un produit de l'inflammation, dans le sens ordinaire que l'on attache à ce mot. Ceux qui soutiennent la doctrine contraire sont cependant obligés d'admettre une disposition particulière à la tuberculisation dans les individus chez lesquels le développement des tubercules a succédé à une phlegmasie des bronches ou du tissu même du poumon. Mais cette sorte d'idiosyncrasie n'a-t-elle pas beaucoup de rapport avec le germe inné de la phthisie, que Bayle admettait, et qui lui a été si vivement reproché?

XIe OBSERVATION.

Trouble de l'intelligence sans autre symptôme grave. Langue sèche de temps en temps. Conservation des forces. Mort inopinée. Ulcérations dans l'intestin grêle.

Un Allemand, âgé de cinquante-six ans, entra à l'hôpital le 29 novembre. Il ne put nous donner aucun renseignement sur son état antécédent. Il levait continuellement les

yeux vers le ciel, en croisant ses mains sur sa poitrine ; il semblait entièrement absorbé par les sentiments d'une piété exaltée. Sa face était pâle et maigre ; ses forces paraissaient bien conservées ; sa langue était sèche et pâle. Il allait à la selle comme en santé. La peau était chaude, le pouls était fréquent et dur ; la respiration paraissait entièrement naturelle ; la poitrine, percutée, résonnait bien partout.

L'engourdissement très-marqué des facultés intellectuelles de ce malade, l'espèce d'extase dans laquelle il était plongé, pouvaient être regardés comme le prélude d'une fièvre ataxique. L'indication à remplir semblait être surtout de dégager le cerveau. (*Vingt sangsues à l'anus; tisane d'orge ; lavement émollient.*)

Le lendemain 30, l'état du malade n'avait pas subi de changement. Les jours suivants, la fièvre persista; les facultés intellectuelles étaient à peu près anéanties ; la langue, pâle, était alternativement humide et sèche ; les forces se conservaient. Le 8 décembre, l'état d'extase était plus prononcé que jamais, les réponses lentes et embarrassées. (*Saignée de deux palettes.*) Elle n'eut pas un résultat plus avantageux que la première ; l'état du malade avait même empiré le lendemain matin. Sa langue était brune ; il avait un délire fugace et beaucoup de fièvre ; il toussait un peu. La persistance de la force du pouls parut être liée à un état d'hypertrophie des parois du ventricule gauche. Le stéthoscope, en effet, appliqué à la région précordiale, était un peu repoussé ; à la main on ne sentait rien d'insolite dans les battements du cœur. Cependant le malade pouvait encore se placer sur son séant facilement et avec agilité ; nous le vîmes manger avec appétit deux petits biscuits. Pendant la journée son état resta le même ; à notre grand étonnement, il mourut pendant la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE

28 *heures après la mort.*

Le tissu sous-arachnoïdien était infiltré d'une assez grande quantité de sérosité limpide et incolore ; le cerveau lui-même était sain.

Les parois du ventricule gauche du cœur étaient, comme on l'avait annoncé, assez fortement hypertrophiées, sa cavité était rétrécie. D'anciennes adhérences celluleuses se remarquaient dans les deux plèvres. La base du poumon droit était d'un rouge grisâtre ; son tissu, non crépitant, se réduisait en pulpe sous le doigt ; partout ailleurs les poumons, d'un gris fauve, crépitaient très-bien ; une énorme quantité de sérosité spumeuse et incolore s'en écoulait par l'incision.

L'estomac était dilaté ; sa face interne présentait, dans le grand cul-de-sac et le long de la face antérieure, jusque près du pylore, une couleur brune avec mélange de petites taches noires : cette couleur et ces taches existaient dans la muqueuse ramollie ; ailleurs elle était blanche et de consistance ordinaire.

La face interne de l'intestin grêle était très-blanche jusque près du cœcum ; il était pourtant fortement resserré dans toute son étendue. A cinq travers de doigt au-dessus du cœcum existait une ulcération de la largeur d'un écu de trois livres, dont le fond était formé par la membrane musculaire à nu, et les bords par la muqueuse tuméfiée, molle et noire : cette membrane présentait le même aspect jusqu'au cœcum.

Quatre ou cinq ulcérations plus petites que la précédente existaient dans le cœcum, dont la muqueuse était blanche; le reste du gros intestin était sain.

Chez ce malade, nous retrouvons à peu près les mêmes lésions du

tube digestif que chez le précédent : cependant quelle différence dans les symptômes ! Dans ce cas aussi la mort fut inopinée. En examinant l'état des diverses fonctions, en ayant égard surtout à la conservation des forces, aurait-on pu présumer que, peu d'heures après la visite, le malade succomberait, sans qu'aucun nouvel accident se fût manifesté? Peut-on en chercher la cause dans l'œdème très-considérable dont les poumons étaient le siége ? Peut-on supposer que, pendant la nuit du 9 au 10 décembre les poumons s'engouèrent tout à coup de sérosité, de même qu'on voit, dans d'autres parties du corps, des accumulations séreuses s'effectuer quelquefois presque instantanément ? Est-ce plutôt dans l'état organique du cœur qu'il faut placer la cause de la mort ? En effet, les morts subites ne sont pas rares chez les individus atteints d'anévrismes du cœur même peu avancés, et qui ne manifestent encore leur existence par aucun symptôme bien tranché. Il semble que, chez plusieurs de ces malades, le cœur perd momentanément la faculté de se contracter : le sang, dès lors, n'arrive plus au cerveau, la respiration se suspend ; et si cette cessation d'action du cœur se prolonge, la syncope se change en une mort réelle. Remarquons, d'ailleurs, qu'aucune de ces circonstances n'exista chez le malade précédent dont la mort survint d'une manière encore plus imprévue.

L'état particulier des facultés intellectuelles était-il un phénomène sympathique lié à l'inflammation dont l'estomac et la fin de l'intestin grêle étaient le siége ? Toute la maladie existait-elle dans le tube digestif ?

La phlegmasie du poumon droit existait déjà depuis quelques jours au moins, ainsi que le prouvait l'état de l'organe ; mais pouvait-elle être même soupçonnée ? N'occupant exactement que la base du poumon, elle ne pouvait être reconnue ni par la percussion ni par l'auscultation ; la respiration était parfaitement libre, les crachats étaient nuls, et la toux très-légère qui existait ne devait-elle pas raisonnablement être rapportée à la seule phlegmasie des bronches ?

Le caractère du pouls, chez ce malade, mérite aussi toute notre attention. Combien ne sont pas insuffisants les signes tirés de l'état des pulsations artérielles, lorsqu'en même temps l'on n'a pas égard à l'état du cœur !

XIIe OBSERVATION.

Fièvre continue légère avec signes d'irritation intestinale. Tout à coup symptômes nerveux et mort. Ulcérations dans l'intestin grêle. Aucune lésion appréciable dans les centres nerveux.

Un homme de vingt-deux ans, habitant Paris depuis un an, entra à la Charité le 15 novembre 1822 avec les symptômes d'une fièvre continue assez légère : langue blanche, rouge à la pointe, un peu sèche ; ventre douloureux, dévoiement modéré ; pouls peu fréquent. (*Tisane d'orge.*)

Du 15 au 20, l'état du malade resta stationnaire. Soumis à la diète et au repos, tout annoncait qu'il guérirait.

Le 21, il accusa une douleur à la cuisse gauche ; elle était un peu tuméfiée : l'on redouta le développement d'un phlegmon. (*Cataplasme émollient.*)

Le 22, la tension de la cuisse était plus considérable, la peau avait rougi, la fièvre était plus intense.

Le 23, l'état du malade était devenu infiniment plus grave : la face exprimait le plus haut degré de la stupeur ; l'intelligence était complétement perdue ; les dents étaient encroûtées et sèches ; la langue ne put être vue : on compta plus de cent trente-six pulsations. (*Deux vésicatoires aux jambes.*)

Le 24, agonie ; respiration très-accélérée, sans râle. Le malade poussait de temps en temps des cris aigus ; les yeux, fixes, étaient tournés en haut ; le pouls ne se sentait plus. Mort pendant la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'encéphale et ses enveloppes ne présentèrent aucune lésion appréciable.

Les poumons n'étaient que médiocrement engoués.

L'estomac, parfaitement blanc dans sa portion pylorique, présentait une teinte rosée dans le grand cul-de-sac ; là, la muqueuse consistante était un peu plus épaisse que de coutume.

Rien de remarquable dans les cinq sixièmes supérieurs de l'intestin grêle. Ulcérations petites et peu nombreuses, à bords rouges, à fond blanc, pouvant recevoir au plus une pièce de cinq sous, éparses dans le sixième inférieur ; muqueuse rosée dans leurs intervalles. Gros intestin blanc et sain.

Sérosité rougeâtre, peu abondante, dans le tissu cellulaire sous cutané de la cuisse gauche.

Rien de plus remarquable, sans doute, que la marche de cette maladie. Assez bénigne jusqu'au 22 novembre, elle se présente tout à coup avec un ensemble de symptômes très-graves, et la mort survient en moins de quarante-huit heures. C'est surtout le système nerveux qui paraît atteint : à l'ouverture du cadavre, il ne présente aucune altération que nos sens puissent saisir.

Les lésions trouvées dans l'estomac et dans l'intestin grêle sont à peu près semblables à celles que nous ont offertes les individus qui font le sujet des précédentes observations, elles préexistaient sans doute à l'apparition des symptômes qui se manifestèrent les deux derniers jours, et encore ici elles avaient coïncidé avec les symptômes d'une fièvre continue assez bénigne, qu'accompagnaient des signes d'irritation intestinale. Quelle lésion nouvelle causa les symptômes bien autrement graves des derniers temps? Quelle lésion entraîna d'une manière si inopinée le malade au tombeau? Ce ne fut certainement pas le phlegmon; il était trop peu considérable. Dire que la phlegmasie gastro-intestinale s'est exaspérée tout à coup, ou bien supposer que les sympathies entre le cerveau et les organes digestifs, restées muettes jusqu'au 22 novembre, se sont instantanément réveillées, c'est adopter une manière assez ingénieuse de rendre raison du fait; mais, en dernier résultat, c'est expliquer ce fait par une hypothèse.

XIIIe OBSERVATION.

Chagrins et fatigues antécédentes. Fièvre rémittente combattue par le quinquina. Disparition du frisson quotidien; continuation du même médicament: symptômes ataxo-adynamiques. Mort vers le vingt-cinquième jour. Transformation des plaques folliculeuses en une masse dure semblable à une escarre. Infiltration lactescente des méninges. Cerveau pointillé. Ramollissement des poumons.

Un charpentier, âgé de vingt-six ans, d'une forte constitution, habitant un lieu humide, éprouva des chagrins et surtout beaucoup de fatigue au commencement de l'année 1820. Vers le 15 octobre de la même année, il fut pris, sans cause connue, de lassitudes spontanées, de douleurs dans les reins et les membres; il perdit l'appétit. Ces symptômes persistèrent les jours suivants. Il eut régulièrement des frissons tous les jours vers deux heures de l'après-midi; ils étaient remplacés par une forte chaleur, qui n'était pas suivie de sueurs. Cet homme consulta plusieurs médecins qui lui firent prendre un vomitif et deux purgatifs; ensuite il but une tisane amère. Il a une diarrhée abondante depuis le jour où il a pris un vomitif. Entré à la Charité le 1er novembre, on lui pratiqua sur-le-champ une saignée de deux palettes, et on appliqua vingt-quatre sangsues à l'anus.

Le 2 novembre, le sang tiré la veille était recouvert d'une couenne peu épaisse; le malade présenta l'état suivant: lassitudes générales, insomnie, tintements d'oreille, narines sèches, bouche amère, langue jaunâtre, tendant à la sécheresse sans rougeur; peu de soif, anorexie, abdomen souple, un peu douloureux à la pression; cinq selles très-liquides, respiration large et facile, parole brève, pouls plein et fréquent, peau un peu moite. Les frissons quotidiens indiquaient l'existence d'une fièvre rémittente, qui fut combattue par une infusion aqueuse de quinquina édulcorée avec le sirop de coing. (*Bourrache*, *orge*, *sinapismes aux jambes*.)

Le frisson manqua complétement. Le lendemain matin il y avait une amélioration sensible; le malade avait dormi, sa langue s'était humectée; pouls moins fréquent,

douce chaleur de la peau, ventre souple et indolent, persistance de la diarrhée. (*Même prescription.*)

Cette amélioration ne fut que passagère, et le 4 les symptômes les plus graves existaient. Air de stupeur, prostration portée déjà à un très-haut degré, langue sèche et noire, soif vive, ventre indolent, deux selles seulement, pouls très-fréquent. (*Deux vésicatoires aux jambes, frictions sur les membres avec l'alcool camphré; mêmes boissons, et de plus, la limonade minérale et une tasse de vin.*)

Dans l'après-midi le malade commença à délirer; il tint, pendant toute la nuit, les propos les plus incohérents. Dans la matinée du 5, le délire persistait; les autres symptômes n'avaient pas changé. (*Quatre sangsues furent appliquées derrière chaque oreille, et deux vésicatoires furent placés aux cuisses.*)

Le 6, même état. (*Application de huit autres sangsues au cou.*)

Le 7, délire moindre, mais affaissement extrême; décomposition des traits, sensation d'une vive douleur aux lombes, soif ardente, langue noire, ventre ballonné, indolent, cinq à six selles liquides rendues dans le lit; peau sèche et chaude, pouls très-fréquent, assez résistant. (*Mêmes boissons; troisième application de sangsues au cou.*)

Le 8, la face exprimait l'abattement le plus profond; la respiration était très-accélérée, la langue visqueuse, moins sèche que les jours précédents, le ventre ballonné, l'intelligence complétement perdue.

Mort le 9, à cinq heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

30 *heures après la mort.*

Crâne. Une sérosité trouble, lactescente, existait en petite quantité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la face supérieure des deux hémisphères cérébraux. La substance cérébrale, de consistance ordinaire, était piquetée de points rouges; un sang noir et liquide distendait fortement les sinus de la dure-mère; une cuillerée à café de sérosité limpide existait dans chacun des ventricules latéraux.

Thorax. Cœur fort, proportionné à la taille du sujet et au développement du système musculaire. Les deux poumons étaient d'un rouge livide à leur partie postérieure et à leur base; ils étaient engoués par une énorme quantité de sérosité rougeâtre; leur tissu était crépitant, mais d'une mollesse extrême; il se réduisait en une sorte de pulpe sous le doigt qui le pressait.

Abdomen. L'estomac était médiocrement distendu par un liquide brunâtre et par des gaz; sa surface interne était d'un blanc grisâtre dans toute son étendue, excepté le long de la petite courbure, où l'on observait deux ou trois bandes rouges, qui, sans affecter de forme régulière, se prolongeaient du cardia aux environs du pylore. En plaçant cette partie de l'estomac entre la lumière et l'œil, on apercevait distinctement une foule de vaisseaux qui se ramifiaient, et entre eux beaucoup de petits points rougeâtres qui semblaient formés par du sang épanché.

Examinés à l'intérieur, l'intestin grêle et le gros intestin présentaient un grand nombre de plaques d'un rouge vermeil, offrant, terme moyen, de deux à trois travers de doigt de longueur, sur un ou deux au plus de largeur. Ces plaques étaient formées par des vaisseaux ramifiés, autour desquels existaient des points rouges; elles avaient leur siége dans le tissu cellulaire qui unit la membrane péritonéale à la musculaire; la portion de muqueuse qui leur correspondait n'était point altérée.

Examiné à l'intérieur, l'intestin grêle était sain dans les quatre cinquièmes supé-

rieurs. Le cinquième inférieur, dur et comme bosselé au dehors, présentait en dedans de nombreuses élevures, de forme ovale ou irrégulièrement circulaire, couvertes d'une sorte de *détritus* d'un gris jaunâtre, qu'on enlevait en raclant avec le scalpel. Au-dessous de ce détritus l'on trouvait un tissu dur, d'un rouge violacé, paraissant formé par le tissu cellulaire sous-muqueux considérablement épaissi. Parmi ces élevures, les plus étendues avaient jusqu'à trois et quatre pouces de diamètre en tout sens ; les plus petites avaient à peine deux à trois lignes. Dans les intervalles qu'elles laissaient entre elles, la muqueuse était fortement injectée. Près de la valvule iléo-cœcale, et sur cette valvule même, elles étaient tellement rapprochées, qu'elles ne formaient plus qu'une seule masse bosselée et rugueuse, d'un gris jaunâtre. Cette altération finissait brusquement à l'entrée du cœcum. La surface interne de ce dernier intestin était très-rouge, ainsi que celle du colon ascendant. Ces deux intestins étaient remplis par un mucus rougeâtre, comme sanguinolent ; la muqueuse du reste du gros intestin était très-blanche.

L'altération des follicules intestinaux diffère dans ce cas de l'altération qu'ils nous ont présentée dans les observations précédentes ; ce n'est plus une simple tuméfaction des plaques qu'on observe ; c'est leur transformation en escarres. Si l'individu eût vécu plus longtemps, ces escarres se seraient détachées, et des ulcérations les auraient remplacées. Voilà une des formes morbides que présentent les plaques de Peyer avant de s'ulcérer ; la guérison n'aurait pu s'opérer sans que préalablement leur ulcération n'eût lieu. Ici la couche folliculeuse n'est plus distincte ; à sa place on ne trouve plus qu'une masse dure, jaunâtre, que le scalpel enlève comme une sorte de détritus. Dans les observations suivantes nous verrons cette couche, déjà si altérée, revêtir de plus en plus tous les caractères d'une véritable escarre, se séparer par lambeaux des tissus subjacents, et laisser à sa place des ulcérations de grandeur variable. Cette observation nous offre donc un exemple du passage du premier degré de la dothinentérite à son second degré : nul doute que si l'individu eût vécu plus longtemps on n'eût trouvé des ulcérations dans son intestin.

Que si maintenant nous recherchons quels symptômes ont coïncidé avec cet état de l'intestin, nous trouverons que ces symptômes sont semblables à ceux que nous ont déjà offerts d'autres individus chez lesquels la dothinentérite n'avait pas dépassé le premier degré.

Du reste, sous le rapport des symptômes, la maladie qui fait le sujet de l'observation actuelle présente trois périodes à étudier. Dans la première, on ne voit autre chose que ces symptômes généraux qui précèdent la plupart des maladies locales, une pneumonie aussi bien qu'une

entérite, mais qui toutefois sont plus souvent le prodrome des phlegmasies gastro-intestinales. La seconde période est marquée par l'existence d'une fièvre remittente, qui devient simplement continue, à la suite de l'administration du quinquina. Ces accès, qui revenaient ainsi chaque jour, mais qui, commençant par du frisson, ne se terminaient jamais par la sueur, étaient-ils liés à l'exanthème intestinal? n'étaient-ils qu'un épiphénomène! Nous ne déciderons pas ces questions; mais sous le rapport pratique, nous ferons remarquer que si le quinquina empêcha le retour du frisson, et s'il eut ainsi une action marquée comme anti-périodique, si même le lendemain du jour où il fut donné pour la première fois, il y eut une amélioration sensible, si en particulier nous trouvâmes la langue humide, son administration continuée les jours suivants fut suivie d'une prostration considérable et des symptômes nerveux les plus graves, que ne dissipèrent pas quelques sangsues appliquées au cou et derrière les oreilles. Ces symptômes nerveux se trouvèrent liés, dans ce cas particulier, à un état morbide des méninges. Comme dans d'autres observations déjà citées, nous trouvâmes la muqueuse gastrique injectée, pointillée, chez un individu qui pendant plusieurs jours avait pris diverses boissons stimulantes (*quinquina, vin, limonade sulfurique*).

XIVe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Symptômes de Fièvre continue légère à l'époque de l'entrée à l'hôpital. Plus tard, symptômes ataxo-adynamiques; dévoiement; langue rouge d'abord, puis naturelle. Emploi des toniques. Accroissement des symptômes. Mort le vingt-quatrième jour. Follicules agminés de l'intestin grêle transformés en un tissu dur, paraissant gangréné. Follicules isolés du cœcum transformés en pustules, avec ulcération au sommet de plusieurs. Pneumonie.

Une femme, âgée de vingt-un ans, domestique, tempérament lymphatico-sanguin, habitant Paris depuis six mois, plongea ses mains dans de l'eau glacée, le 25 décembre 1820, pendant la période menstruelle. Celle-ci ne se supprima pas. Cependant dès ce moment la santé de cette femme se dérangea : céphalalgie, chaleur de la peau, soif. Elle continua à travailler jusqu'au 10 janvier. La malade entra alors à la Charité; le 11, elle présenta l'état suivant :

Céphalalgie, langue blanchâtre, soif, pas de selle depuis six jours, respiration un peu gênée, fièvre, faiblesse générale. (*Dix sangsues à la partie supérieure interne des cuisses; lavement purgatif; tisane d'orge.*)

Le 12, pas de changement. — Le 13, l'ouïe était devenue dure, les idées étaient embarrassées, le pouls fréquent et petit, la peau peu chaude, le ventre ballonné; la langue, pâle, tendait à se sécher. (*Tisane d'orge.*)

La malade délira dans la nuit du 13 au 14. Le 14, la surdité avait augmenté; le trouble des idées, l'embarras de la parole; la tendance au coma, étaient plus pro-

noncées; la face exprimait la stupeur, les yeux restaient fermés; la langue, sèche, avait rougi sur ses bords; la constipation persistait, le pouls conservait sa grande fréquence et sa petitesse. (*Deux vésicatoires aux jambes; lavement de camomille avec addition d'un scrupule de camphre; fomentations d'huile de camomille camphrée sur le ventre; une pinte d'infusion aqueuse de quinquina édulcorée avec deux onces de sirop d'écorce d'orange amère; infusion de violette gommée; un bouillon, une tasse de vin.*)

Peu de temps après l'application des vésicatoires, la figure se ranima, les yeux s'ouvrirent, le pouls devint plus fréquent et plus dur, la température de la peau s'éleva, la respiration s'accéléra, des soubresauts de tendons apparurent. Ces symptômes d'excitation ne furent que momentanés; la nuit fut plus calme que la précédente.

Dans la matinée du 15, la respiration était courte, accélérée; la malade toussait fréquemment, sans expectorer; un son mat existait à la partie antérieure droite du thorax depuis la clavicule jusqu'à la mamelle; quinze sangsues furent appliquées sur cette partie; d'ailleurs, même prescription.

Dans la journée, du dévoiement s'établit (*sept à huit selles*); deux vers lombrics furent vomis : un délire complet eut lieu pendant la nuit.

Le 16, la langue s'était humectée et avait repris un aspect tout à fait naturel; cependant l'air de stupeur devenait de plus en plus marqué, la malade ne répondait qu'avec beaucoup de peine aux questions; le pouls se déprimait avec une extrême facilité; sa grande fréquence n'était pas en rapport avec la température très-peu élevée de la peau; mêmes symptômes du côté de la poitrine. (*Vésicatoire sur l'endroit mat; lavement de camomille avec une once de quinquina, une demi-once de serpentaire de Virginie, et un scrupule de camphre, frictions aromatiques sur les membres, infusion de quinquina, infusion de bourrache et de violette avec addition de deux gros d'acétate d'ammoniaque.*)

Dans la journée, plusieurs évacuations alvines involontaires eurent lieu. La malade cessa de parler et de répondre; la prostration devint extrême.

Le 17, face pâle, décolorée, yeux éteints, peau froide, pouls très-fréquent, filiforme, respiration haletante, décubitus sur le côté droit; la langue, aperçue au fond de la bouche, parut humide et d'une bonne couleur; la surface des vésicatoires était brune. (*Frictions sur les membres et l'abdomen avec le liniment volatil cantharidé et le baume de Fioraventi; un vésicatoire à la nuque; suppression du lavement; mêmes boissons, une tasse de vin, un bouillon.*)

Morte à midi, du vingt-troisième au vingt-quatrième jour de la maladie.

OUVERTURE DU CADAVRE

20 *heures après la mort.*

Crâne. Le cerveau et ses membranes étaient pâles, leur consistance ordinaire; une cuillerée à café de sérosité limpide existait dans chaque ventricule.

Thorax. Le lobe supérieur du poumon droit était hépatisé en rouge dans toute son étendue.

Abdomen. La paroi abdominale était unie au bord tranchant du lobe gauche du foie par une bride de tissu cellulaire longue d'un pouce.

L'estomac, rempli d'un liquide verdâtre était fortement injecté dans son grand cul-de-sac.

L'intestin grêle contenait un liquide d'un brun foncé. Vers la fin de l'iléum, on voyait sur la muqueuse de petites pustules coniques qui étaient plus confluentes dans

le cœcum, puis devenaient plus rares, et disparaissaient dans la portion ascendante du colon. Elles étaient rouges, larges d'une ligne à leur base, et ayant aussi environ une ligne de hauteur. Le sommet de plusieurs de ces pustules présentaient une solution de continuité ; dans les unes ce n'était qu'une légère érosion ; dans d'autres l'ulcération était plus prononcée : on la voyait s'étendre progressivement du sommet à la base de la pustule ; en quelques points celle-ci avait cessé entièrement d'exister, et à sa place se montrait un petit ulcère à fond rouge, à bords irrégulièrement découpés et peu élevés.

Enfin, immédiatement au-dessus de l'iléum et dans le cœcum apparaissaient plusieurs larges plaques de forme ovale, faisant au-dessus du niveau de la muqueuse une assez forte saillie. Là où elles existaient, les parois de l'intestin avaient acquis une épaisseur assez considérable pour qu'on pût reconnaître ces plaques à l'extérieur. Une matière, comme pultacée, d'un gris jaunâtre, recouvrait leur surface, et y adhérait intimement. Au-dessous de cette matière existait un tissu dur, rugueux et d'un rouge livide, formé par le tissu cellulaire sous-muqueux.

Les ganglions mésentériques étaient très-volumineux et rouges.

L'intestin grêle de cette femme nous présente la même altération que celle qui nous a été offerte par le sujet de l'observation XIII. L'espèce d'escarre que représente la couche folliculeuse n'est encore détachée en aucun point : là il n'y a pas encore d'ulcération ; mais dans le gros intestin on en trouve plusieurs qui résultent de la destruction des follicules, procédant de leur sommet vers leur base. Dans chacun de ces follicules l'ulcération a-t-elle succédé à une escarre, à un *bourbillon?* Rien ne le prouve. Cette grave altération de l'intestin, qui coïncidait avec une forte injection de la muqueuse du grand cul-de-sac de l'estomac n'empêcha pas la langue de présenter, dans les derniers jours, un aspect à peu près naturel ; cependant des stimulants énergiques étaient chaque jour déposés sur la membrane muqueuse gastro-intestinale ; il est même à remarquer que ce fut le lendemain du jour où ces stimulants commencèrent à être administrés, que la langue, sèche et rouge, s'humecta et pâlit ; mais il n'en fut pas de même des autres symptômes, qui ne cessèrent de s'exaspérer ; l'inflammation du poumon droit, que n'annonça aucune expectoration spéciale, que la dyspnée fit soupçonner, et dont la percussion démontra l'existence, contribua sans doute aussi à augmenter la prostration. L'état misérable du pouls, la coïncidence d'une accélération extrême de la circulation, avec l'absence de toute chaleur à la peau, la grande pâleur de la face, la couleur brune des vésicatoires, étaient autant de circonstances qui semblaient indiquer un état adynamique réel, et qui paraissaient commander l'emploi des toniques. Mais toujours est-il que cet

état adynamique n'était point essentiel, et qu'il reconnaissait pour point de départ la double affection du tube digestif et du poumon. C'est seulement après qu'on eut commencé à administrer les toniques, que la diarrhée survint. Mais ce n'est qu'avec réserve qu'on en accusera ce genre de médication, si l'on réfléchit que dans ces maladies il y a naturellement une époque où le dévoiement remplace la constipation. Du reste, dès le premier jour que cette femme fut soumise à notre examen, nous fûmes frappés de son air d'abattement; il était plus considérable qu'il n'aurait dû être d'après la date assez récente de la maladie et la bénignité des autres symptômes. La dureté de l'ouïe et la sécheresse de la langue sans rougeur de sa surface se joignirent bientôt à cet air de stupeur, et dès lors le pronostic devint très-grave. Au milieu de tous ces accidents, voyez combien restent toujours peu tranchés les signes propres à révéler l'affection intestinale que l'on retrouve seule sur le cadavre.

Nous ne chercherons point à déterminer jusqu'à quel point l'immersion prolongée des mains dans l'eau froide pendant l'époque menstruelle put être une des causes du dérangement de la santé; mais ce que nous n'oublierons pas, c'est que cette femme n'habitait Paris que depuis un petit nombre de mois.

XVe OBSERVATION.

Fatigues antécédentes. Fièvre rémittente au début. Mauvais effet d'un éméto-cathartique. État adynamique devenant de plus en plus prononcé à la suite d'émissions sanguines, ne diminuant pas par les toniques. Mort vers le quarante-sixième jour. Dans l'intestin grêle plaques folliculeuses frappées de gangrène et ulcérées. Dans le gros intestin ulcères blancs sans rougeur autour d'eux. Épanchement sanguin sous-muqueux dans l'estomac. Autre épanchement de sang dans la plèvre. Sang liquide dans les vaisseaux; aorte rouge. Rate volumineuse et molle.

Un carrier, âgé de vingt-huit ans, peau brune, cheveux noirs, muscles développés, s'était beaucoup fatigué au travail pendant la première quinzaine du mois de juillet. Vers le 20 juillet, il commença à sentir un malaise général, une forte céphalalgie; son appétit se perdit, ses forces diminuèrent : on lui donna un éméto-cathartique; il vomit abondamment, et alla plusieurs fois à la selle. Depuis cette époque il a eu de la diarrhée. A dater des premiers jours du mois d'août, il garda la chambre, et bientôt s'alita. Toute la journée il éprouvait une chaleur brûlante; le soir, il ressentait un froid assez intense dans les pieds et les jambes; il suait beaucoup chaque nuit. Il ne prit, jusqu'au 28 août, aucun médicament actif; entré alors à la Charité, il offrit l'état suivant :

Céphalalgie sus-orbitaire, face rouge, yeux brillants, brisement des membres, accablement général; langue couverte d'un léger enduit blanchâtre, bouche amère, soif, anorexie, ventre indolent et souple, quatre ou cinq selles depuis vingt-quatre heures

précédées de légères coliques; toux légère, sentiment de chaleur à la gorge, déglutition pénible; pouls fréquent, de force ordinaire; peau chaude, un peu moite.

Aucune indication précise ne se présentait; les symptômes étaient assez modérés pour qu'on pût croire qu'ils céderaient à l'usage des simples boissons adoucissantes, de la diète et du repos. (*Eau de riz gommée*, *un bouillon.*)

Le malade n'alla que deux fois à la selle, jusqu'au lendemain matin. Froid partiel le soir, et sueur la nuit, comme de coutume. A la visite du 29, la céphalalgie, la rougeur de la face, l'injection des conjonctives, persistaient; la toux était plus fréquente, le pouls plus développé. Ainsi l'état d'éréthisme général s'était accru. (*Saignée de quatre palettes.*)

Le sang tiré de la veine se réunit en un large caillot mou et sans couenne. L'exacerbation fébrile fut très-forte le soir.

Le 30, la rougeur de la face avait été remplacée par une pâleur remarquable; la langue, dépouillée de son enduit blanchâtre, présentait une couleur rouge uniforme; les lèvres, les dents et les narines étaient sèches; quatre selles liquides avaient eu lieu; le ventre restait souple; le pouls, fréquent, se déprimait très-facilement, la chaleur de la peau était peu élevée. (*Tisane d'orge gommée, diète absolue.*) Exacerbation le soir, sans froid initial; sueurs et rêves fatigants pendant la nuit.

Le 31, air de stupeur; même état du reste. (*Deux vésicatoires aux jambes.*) Le soir, léger trouble dans les idées.

Le 1er septembre, l'air de stupeur était plus prononcé; le malade était devenu très-sourd; son intelligence paraissait d'ailleurs assez nette; trois fois il s'était levé pour aller à la selle. La langue était sèche, le ventre ballonné; le pouls très-fréquent, fuyait sous le doigt. (*Six sangsues derrière chaque oreille*, *embrocations d'huile de camomille camphrée sur l'abdomen; lavement de camomille avec addition de douze grains de camphre; tisane d'orge.*)

Les sangsues coulèrent très-abondamment; dans la matinée du 2, plusieurs piqûres donnaient encore du sang; la stupeur avait fait des progrès. La teinte plombée de la face, l'expression morne des yeux, que recouvrait à moitié la paupière supérieure, l'augmentation de la surdité, la lenteur et l'incertitude des réponses, la faiblesse extrême du pouls, qui était comme tremblant, et qui battait plus de cent trente fois par minute, le décubitus particulier du malade qui tendait toujours à glisser vers le pied de son lit, annonçaient l'existence d'un état adynamique qu'il était urgent de combattre. La langue était à la fois sèche et pâle, le ventre assez souple; il n'y avait eu que deux selles. Deux nouveaux vésicatoires furent appliqués aux cuisses; ceux des jambes étaient secs. (*Infusion de quinquina gommée*, *décoction de polygala oxymélée*, *lavement et embrocations comme la veille.*)

Dans la soirée, l'état du malade parut avoir subi une légère amélioration; l'expression de la face était un peu plus animée; il s'était placé de lui-même sur le côté droit; le pouls s'était relevé; trois ou quatre piqûres de sangsues coulaient encore, quelque effort que l'on eût fait pour arrêter cet écoulement.

Pendant la nuit le malade délira complétement.

Le 3, la langue s'était humectée; des croûtes noires couvraient les dents; quelques taches lenticulaires, d'une teinte livide, étaient éparses sur l'épigastre. (*Mêmes boissons; lavement avec une once de quinquina et douze grains de camphre; liniment ammoniacal avec addition d'une once de teinture de lavande pour frictionner les membres.*)

Jusqu'au lendemain matin le malade resta continuellement assoupi.

Le 4, face cadavéreuse, réponses nulles. Cependant il tirait encore la langue, lorsqu'on lui faisait signe de la montrer; elle était pâle, assez humide, légèrement encroûtée à son centre. Des fuliginosités recouvraient les lèvres et les dents; quatre selles

involontaires avaient eu lieu. Nous comptâmes cent quarante-quatre battements artériels; deux tasses de vin furent ajoutées à la prescription.

L'affaissement devint de plus en plus grand dans la journée. Le malade, immobile dans son lit, les yeux à demi-ouverts et entièrement éteints, la bouche entr'ouverte, la peau déjà glacée, ressemblait à un cadavre. Des inspirations, séparées par des intervalles qui devenaient de plus en plus longs, un pouls filiforme et d'une fréquence telle que ses battements ne pouvaient plus être comptés, étaient les seuls signes qui annonçassent encore que le malade n'avait pas cessé d'exister. Cependant il vivait encore le 5; il avalait encore très-bien les boissons qu'on lui présentait. Une demi-once de serpentaire de Virginie et deux onces de sirop de quinquina furent ajoutées à la décoction de cette écorce. Le malade lutta encore toute la journée contre la mort, et le souffle de vie qui lui restait ne s'éteignit que le 6 à cinq heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

29 *heures après la mort.*

Crâne. Le cerveau et ses membranes étaient remarquables par leur pâleur; les ventricules étaient à peu près vides.

Thorax. Le cœur, vide de sang, présentait un tissu mou, flasque, entièrement décoloré; une grande quantité de sérosité sanguinolente, d'un brun foncé, engouait les deux poumons. Une pinte environ d'un liquide noir, offrant l'ensemble des propriétés physiques du sang veineux, était épanchée dans chaque plèvre, qui ne présentait d'ailleurs aucune trace de phlegmasie.

Abdomen. L'estomac, distendu par des liquides, présentait à l'extérieur, dans sa portion qui est en contact avec la rate, une teinte rouge livide. A l'intérieur, il avait partout, excepté dans cette portion, une teinte d'un blanc grisâtre; la muqueuse était d'épaisseur ordinaire, et se détachait bien sous forme de membrane. Dans la portion splénique existaient quatre ou cinq larges taches rouges, dues à une infiltration sanguine qui avait son siége dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et qui avait communiqué sa couleur à la membrane elle-même.

Le duodénum, le jéjunum et les deux tiers supérieurs de l'iléum étaient pâles et contenaient une assez grande quantité de bile jaune. Mais dans le tiers inférieur de l'iléum existaient différentes espèces de lésions. De la surface interne de l'intestin faisaient saillies plusieurs plaques d'un rouge plus ou moins foncé; elles s'élevaient d'une à deux lignes au-dessus du niveau de la muqueuse. Leur forme était irrégulièrement ovalaire; les plus petites égalaient le diamètre d'un pois, et les plus considérables celui d'une pièce de trente sous. Elles étaient formées par la muqueuse épaissie. Dans leurs intervalles, cette membrane n'était que médiocrement injectée. Plusieurs plaques présentaient en quelques points de leur surface des ulcérations dont le fond était formé par le tissu lamineux. D'autres étaient transformées en partie en un tissu jaunâtre, tout à fait semblable à une escarre par l'ensemble de ses propriétés physiques. D'autres, enfin étaient entièrement transformées en ce même tissu; sa couleur ne s'enlevait pas par un lavage répété; il fallait le déchirer pour le séparer des tissus subjacents, et on ne pouvait le confondre avec de la matière fécale. Ailleurs, ces escarres étaient en partie enlevées, et il en résultait des ulcérations plus ou moins irrégulières, dont le fond était formé par le tissu lamineux resté sain. Dans une ou deux ulcérations, l'escarre, presque entièrement détachée, ne tenait plus que par un mince pédicule. Enfin, d'autres ulcérations n'en présentaient plus aucune trace; une large escarre recouvrait la face supérieure de la valvule iléo-cœcale.

La muqueuse du cœcum et des trois portions du colon présentait un assez grand nombre de petits ulcères arrondis, superficiels, à bord et à fond blanc ; ils semblaient marcher vers la cicatrisation ; la muqueuse était pâle dans leurs intervalles.

La rate était très-volumineuse ; l'aorte contenait une petite quantité de sang noir, liquide ; sa membrane interne était d'une couleur rouge uniforme.

On peut suivre très-bien, dans cette observation, les divers degrés et la formation des ulcères intestinaux. On trouve à la fois dans l'intestin grêle, 1° des plaques folliculeuses simplement tuméfiées ; 2° ces mêmes plaques tranformées en un tissu gris, brun, ou jaune, ressemblant alors à des escarres ; 3° ces escarres elles-mêmes détachées en partie, et ne tenant plus aux tissus subjacents que par de minces lambeaux, etc.; 4° à leur place, enfin, des ulcérations, au fond desquelles existe un tissu cellulaire sain ou malade. Dans le gros intestin ce sont encore des ulcérations que l'on rencontre; mais on n'y trouve plus aucune trace d'exanthème ; les ulcérations elles-mêmes ont un aspect particulier : elles sont blanches sur leurs bords comme dans leur fond. Celui-ci est formé par un tissu cellulaire parfaitement sain ; la membrane qui les entoure est également décolorée. Il est évident que dans ce gros intestin a existé, à une époque déjà assez éloignée de la mort, un travail morbide qui est devenu de moins en moins actif, et que les ulcérations qu'on y découvre tendent à se cicatriser. Aussi remarquez que l'abondante diarrhée qu'éprouva le malade au commencement, et qui suivit l'administration faite à cette époque d'un éméto-cathartique, diminua progressivement, et qu'elle n'était plus que très-peu considérable deux jours avant la mort.

Mais voici dans cette observation une autre circonstance bien remarquable. Qu'on se rappelle la bénignité des symptômes que présentait encore le malade le 28 août ; qu'on se rappelle l'ensemble des symptômes de réaction qu'il offrait le lendemain 29 : pour les combattre, une émission sanguine ne semblait-elle pas indiquée? cependant à peine seize onces de sang sont-elles tirées d'une veine du bras, que tout à coup et sans intermédiaire la langue rougit et se sèche, le malade tombe dans un état adynamique des plus prononcés, et qui semble des plus réels, si l'on en juge par l'ensemble des phénomènes qui se manifestent. Après l'application de vésicatoires aux jambes, la prostration augmente ; elle devient extrême après qu'une nouvelle perte de sang a été subie au moyen de sangsues dont les piqûres coulent très-abondamment. Notons même, comme une des conséquences de l'état général, l'extrême

difficulté que l'on eut à arrêter l'écoulement de quelques-unes de ces piqûres. C'est alors qu'on a recours à des boissons toniques et à des lavements de même nature : on n'en obtient aucun résultat.

Dans ce cas, les émissions sanguines furent-elles seulement infructueuses? ne furent-elles pas directement nuisibles? on serait porté à le penser, si l'on réfléchit avec quelle rapidité, à la suite de la saignée, un état très-grave succéda à un ensemble de symptômes qui ne présentaient rien d'alarmant. Admettrons-nous que chez cet individu, très-fort en apparence, les fatigues excessives éprouvées pendant les grandes chaleurs du mois de juillet avaient épuisé l'innervation de telle sorte que la soustraction subite d'une certaine quantité de sang produisit facilement une prompte adynamie? Admettrons-nous que ce fut cet état d'épuisement de l'innervation qui, en même temps qu'il se dessinait à l'extérieur par des symptômes spéciaux, détermina aussi le mode de terminaison de l'affection intestinale, produisit tour à tour la gangrène et l'ulcération des plaques folliculeuses? Ainsi qu'une légère rougeur vienne à se montrer en un point quelconque de la peau, elle se terminera par une prompte résolution, si les forces sont dans un bon état; elle se terminera au contraire par gangrène et par ulcération, si les sujets sont dans un état de débilitation plus ou moins profonde. Sans doute, en expliquant ainsi les symptômes graves qui se manifestèrent chez cet individu à la suite des émissions sanguines, on ne fait qu'une hypothèse; mais n'est-elle pas une des plus probables qui puissent être proposées? n'a-t-elle pas en sa faveur un grand nombre d'autres observations dans lesquelles on a vu aussi des symptômes ataxo-adynamiques suivre de si près des saignées, qu'on a pu raisonnablement en conclure que ces symptômes avaient été au moins favorisés dans leur développement par une déperdition de sang, soit trop abondante, soit intempestive? D'ailleurs, n'est-ce pas aussi une hypothèse que l'on fera, en admettant, pour se rendre compte des phénomènes observés, qu'immédiatement après la première émission sanguine, l'inflammation intestinale, s'exaspéra assez pour transformer tout à coup une maladie bénigne jusqu'alors, en une affection des plus graves? Si cette exaspération des symptômes à la suite d'une saignée n'avait été observée qu'une fois, on pourrait sans doute adopter une pareille explication ; mais si c'est un grand nombre de fois qu'on a vu les saignées être suivies de pareils phénomènes, ne serait-il pas singulier de supposer qu'un moyen qui passe pour enlever ou au moins modérer toute inflammation, a au con-

traire produit un accroissement de la phlegmasie intestinale? Si l'on répugne à cette supposition, et si d'un autre côté il ne répugne pas moins de penser que deux phénomènes qu'on a vus si souvent se succéder ne se sont présentés ensemble que par un simple hasard, il n'y aura plus que deux hypothèses à faire: 1° l'on admettra que l'inflammation intestinale est d'une nature toute spéciale, et que les émissions sanguines ne lui conviennent pas; mais cette hypothèse serait bientôt renversée: car combien de fois n'a-t-on pas vu aussi les symptômes de cette inflammation rétrograder à la suite de saignées? 2° l'on dira avec nous que l'émission sanguine est nuisible dans un certain nombre de cas, où elle trouve l'innervation dans une disposition telle, que tout ce qui tend à ôter de l'énergie aux centres nerveux tend aussi à détruire la vie, en produisant ces divers désordres d'innervation qu'on appelle des symptômes ataxiques ou adynamiques, en même temps qu'on voit toute congestion sanguine marcher vers la gangrène ou vers l'ulcération.

Du reste, dans le cas qui nous fournit ces réflexions, nous ne perdrons pas de vue quelques altérations remarquables que l'on observe surtout dans les cas où, soit primitivement, soit à la suite d'absorption de miasmes, l'innervation a été gravement influencée. Rappelons-nous, en effet, ces ecchymoses de l'estomac, ces épanchements de sang dans la plèvre, ces pétéchies des derniers jours; n'est-ce pas là aussi ce qui existe dans les typhus d'Europe ou par infection ou par contagion, dans la fièvre jaune, dans le scorbut? n'est-ce pas là encore ce qu'on observe dans plusieurs cas de varioles, dans lesquels il est aussi bien difficile de se rendre toujours compte des symptômes et de la mort par les seules lésions que découvre l'ouverture des cadavres? Tel est, par exemple, le cas suivant :

Une fille de quatorze ans fut atteinte d'une variole discrète, qui marcha sans accident pendant les sept premiers jours, à dater du moment de l'éruption. Alors les boutons, pleins d'une matière blanche opaque, se désemplirent et s'affaissèrent tout à coup. En même temps, amaigrissement subit de la face, œil éteint; prostration portée rapidement au dernier degré; soif inextinguible, aspect naturel de la langue; dévoiement; pouls fréquent; peau brûlante et sèche. Ces divers symptômes persistent pendant trois jours; la faiblesse augmente, et la malade succombe.

OUVERTURE DU CADAVRE.

État de la peau. Les pustules se présentent sous trois états différents. La plupart sont entièrement vides; l'épiderme soulevé est épais et d'un gris brunâtre. D'autres sont remplies par un liquide grisâtre, semblable à l'ichor fétide fourni par d'anciens ulcères de mauvaise nature. D'autres, en petit nombre, se présentent sous la forme de larges cloches remplies d'une sérosité rougeâtre.

La muqueuse gastrique est, dans toute son étendue, d'un blanc grisâtre sale: elle n'est pas ramollie; mais vers le grand cul-de-sac existent cinq à six petites plaques brunâtres, arrondies, ayant, terme moyen, le diamètre d'une pièce de quinze sous; elles sont formées par du sang épanché dans le tissu cellulaire sous-muqueux. La muqueuse elle-même n'est nullement altérée.

L'intestin grêle, généralement blanc, présente d'espace en espace une douzaine de taches semblables à celles de l'estomac.

Le cœcum est rouge dans toute son étendue; le reste du gros intestin est pâle.

Deux onces de sérosité rougeâtre existent dans chacune des plèvres. Le poumon droit présente à sa surface une large ecchymose, qui n'existe qu'à sa superficie. Les deux poumons sont d'ailleurs très-sains.

Le cerveau et ses membranes n'offrent aucune lésion appréciable.

Certes, chez cet individu, aucune des altérations trouvées dans les organes ne saurait rendre raison des phénomènes très-graves observés pendant la vie, non plus que de la mort. Nous ne voyons ici autre chose que le bouleversement de toutes les fonctions, et une prostration subite, coïncidant avec l'affaissement des pustules. Le pus qui les remplissait, résorbé tout à coup et porté dans le sang, fut-il la cause des accidents? Peut être ne regardera-t-on pas cette question comme indigne d'examen, si l'on se rappelle que les animaux dans les veines desquels du pus a été injecté présentent à peu près la même série de phénomènes, et offrent, après leur mort, le même genre de lésions. C'est ce qui résulte des expériences de MM. Magendie, Gaspard, Dupuy, Leuret, Trousseau, etc.

XVIe OBSERVATION.

Fièvre ataxo-adynamique ; au début, légers symptômes cérébaux sans autre signe de lésion locale. Plus tard, signes d'irritation intestinale et exaspération des symptômes nerveux. Antiphlogistiques d'abord, puis médication tonique. Mort le dix-huitième jour. Follicules intestinaux gangrenés et ulcérés. Arborisations du grand cul-de-sac de l'estomac. Gros intestin sain. Sang liquide dans les vaisseaux ; coloration de ceux-ci. Rate volumineuse.

Un horloger, âgé de vingt-un ans, venait de subir un traitement antivénérien lorsqu'il entra à la Charité. Il se plaignait alors de forts étourdissements ; il avait de la fièvre ; cet état existait depuis dix jours, les fonctions digestives paraissaient intactes. (*Vingt sangsues au cou.*) Les étourdissements diminuèrent, mais ne cessèrent pas ; la fièvre persista, le dévoiement s'établit, la langue rougit et se sécha. Nous observâmes cette succession de phénomènes pendant les huit premiers jours de septembre. (*Tisanes émollientes, diète.*)

Le 8, l'ouïe commença à être dure.

9 et 10, augmentation de la surdité, persistance des étourdissements, langue rouge et sèche ; cinq à six selles liquides en vingt-quatre heures ; peau brûlante et sèche ; pouls fréquent et faible.

Le 11, prostration, ballonnement du ventre. (*Deux vésicatoires aux jambes, embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre, frictions aromatiques, eau d'orge, limonade minérale, deux bouillons.*)

Jusqu'au lendemain 12, trois selles seulement eurent lieu ; le ventre avait repris de la souplesse. Le malade, dont l'intelligence se conservait très nette, se plaignait beaucoup de ses étourdissements. (*Sinapismes autour des genoux dans la soirée ; d'ailleurs même prescription.*)

Le 13, la surdité était extrême, l'expression de l'œil n'était pas en rapport avec les objets environnants, les traits de la face s'étaient affaissés ; le malade déraisonnait depuis la veille ; la langue avait bruni, les dents s'étaient encroûtées, le ventre conservait sa souplesse ; trois évacuations alvines, dont une involontaire ; pouls fréquent et faible. Les progrès toujours croissants de la prostration déterminèrent M. Lerminier à essayer un traitement tonique. (*Tisane d'orge vineuse, limonade minérale. Potion composée ainsi qu'il suit :*

Eau de valériane	6 *onces.*
Eau de menthe	1 *once.*
Eau de canelle	1 *once.*
Extrait sec de quinquina	2 *gros.*
Sirop d'œillet	1 *once.*
Éther sulfurique	1 *gros.*

(*Un vésicatoire à la nuque ; embrocations et frictions comme les jours précédents.*)

Le délire persista tout le jour. Le lendemain matin, 14, aucun changement n'avait eu lieu. (*Mêmepreseription.*)

Le 15, des fuliginosités épaisses couvraient les lèvres, les dents et la langue ; le pouls se sentait à peine, la peau était généralement froide ; une sorte de voile pulvérulent couvrait les deux cornées. Le malade succomba quelques heures après la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. L'arachnoïde de la convexité des hémisphères et de la base du cerveau présentait quelques places peu étendues, où elle était assez vivement injectée. Ailleurs, elle était parfaitement transparente ; une petite quantité de sérosité limpide existait, soit dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, soit dans les ventricules. La substance cérébrale, non injectée, avait sa consistance ordinaire.

Thorax. Une grande quantité de sang noir engouait les poumons ; un peu de sérosité sanguinolente était épanchée dans les deux plèvres et dans la cavité du péricarde. Le cœur était sain ; il contenait du sang noir, liquide, avec quelques caillots blancs. L'aorte contenait aussi un peu de sang noir, liquide ; sa surface interne présentait un grand nombre de plaques rouges ; elles étaient plus nombreuses et plus marquées dans l'aorte abdominale. Les diverses artères qui naissent de l'aorte étaient toutes parfaitement blanches.

Abdomen. Un mélange de gaz et de liquides distendait l'estomac. Vers le grand cul-de-sac sa surface interne offrait une couleur rouge : ce n'était point une couleur uniforme, mais bien une arborisation due à l'injection d'une foule de petits vaisseaux, qu'on distinguait et qu'on suivait à l'œil nu. La muqueuse était encore transparente ; elle avait son épaisseur et sa consistance ordinaires. Ailleurs, l'on voyait plusieurs veines remplies de sang se ramifier dans le tissu lamineux ; mais partout la muqueuse elle-même était très-blanche.

L'intestin grêle, jusqu'à un pied au-dessus de la valvule iléo-cœcale, offrait, par intervalles, une forte injection. Ces parties injectées réunies avaient à peu près en longueur l'étendue d'un pied et demi. Ailleurs, la muqueuse, blanche et transparente, laissait voir au-dessous d'elle un assez grand nombre de vaisseaux ramifiés dans le tissu lamineux.

Mais dans l'étendue d'un pied au-dessus de la valvule, la membrane muqueuse acquérait une couleur rouge intense. Trois ou quatre petites élevures, également rouges, larges comme une pièce de dix sous, faisaient saillie d'une à deux lignes au-dessous de son niveau ; l'une d'elles présentait, à son centre, une légère solution de continuité. Dans les six premiers pouces environ, existaient en outre cinq à six ulcérations arrondies, à bords brunâtres et relevés ; une escarre jaunâtre recouvrait leur fond. Dans les six derniers pouces les ulcérations étaient beaucoup plus multipliées ; leur forme était très-irrégulière. Sur le fond de la plupart existaient encore des débris de la muqueuse gangrénée. En d'autres points, les escarres étaient encore entières.

Immédiatement au-dessous de la valvule, l'intestin reprenait sa blancheur, et la conservait jusqu'au rectum.

La muqueuse vésicale était d'un rouge intense dans toute son étendue ; la substance des reins paraissait elle-même plus injectée qu'à l'ordinaire.

La rate était très-volumineuse ; le foie avait une teinte rosée et une densité remarquable.

Ce malade succomba beaucoup plus promptement que le précédent. Nous trouvâmes dans l'intestin à peu près les mêmes altérations que chez celui-ci ; seulement le gros intestin était très-sain, bien qu'il y eût eu du dévoiement.

Lorsque cet individu entra à la Charité, il ne présentait pas, comme le précédent, ces accès quotidiens, d'où résultait une fièvre dite *rémittente des mieux caractérisées*. C'était seulement l'encéphale qui paraissait légèrement affecté ; et pour qui n'aurait pas été instruit par l'anatomie pathologique, c'eût été l'encéphale qui eût paru l'unique point de départ de la fièvre. Les étourdissements dont se plaignait le malade à son entrée furent combattus par une application de sangsues au cou ; à peine y eut-il un léger amendement ; le mouvement fébrile persista ; du dévoiement s'établit plutôt que chez beaucoup d'autres malades ; la sécheresse de la langue et la surdité furent les premiers symptômes graves qui apparurent ; la prostration devint bientôt extrême ; ce ne fut toutefois que très-tard que l'intelligence commença à se troubler. La langue noircit, le ventre se ballonna avant qu'on eût commencé à administrer des toniques. Ceux-ci ne furent suivis d'aucun effet avantageux. Les nombreux révulsifs dont la peau fut couverte n'eurent pas une action plus utile. Nous ferons remarquer ici, comme dans quelques-unes des observations précédentes, la coïncidence d'une vive injection du grand cul-de-sac de l'estomac avec la circonstance de l'ingestion de substances stimulantes dans cet organe.

Quel rôle joua dans la production des symptômes la vive injection dont la membrane muqueuse vésicale était le siége? Pourquoi le foie et les reins étaient-ils aussi plus injectés que de coutume? Pourquoi, enfin, chez ce malade, le sang était-il resté liquide dans l'aorte, et pourquoi avait-il teint la surface interne de ce vaisseau? Le sang que nous trouverons dans l'aorte de l'individu qui va faire le sujet de l'observation suivante nous présentera un aspect encore plus remarquable.

XVIIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris ; mauvaise nourriture ; misère. Diarrhée au début ; développement successif de symptômes ataxo-adynamiques. Saignées ; vésicatoires ; tisanes délayantes. Éther et musc les deux derniers jours seulement. Mort le vingt-septième jour. Gangrène et ulcérations des follicules. État à peu près sain de l'estomac. Pneumonie. *Sang comme sanieux*. Rate très-molle.

Un maçon, âgé de vingt-un ans, tempérament lymphatico-sanguin, habite Paris depuis deux mois. Depuis son arrivée dans cette ville il a éprouvé de la misère et s'est mal nourri. Vers le 10 juin, il fut pris d'une abondante diarrhée, qui, pendant les premiers jours, n'empêcha pas le malade de manger et de se livrer à son travail. Mais bientôt augmentation de la diarrhée (vingt selles environ en vingt-quatre heures) ; perte de l'appétit, faiblesse de plus en plus grande ; impossibilité de continuer son travail :

il s'alita huit jours avant d'entrer à la Charité ; il ne prit aucun médicament, garda la diète, et but de l'eau sucrée. Il entra à l'hôpital le 29 juin. A la visite du 30, nous fûmes frappés de son air de stupeur. Il se plaignait d'une forte céphalalgie frontale. Son intelligence était nette, ses mouvements pénibles. La langue, couverte d'un enduit blanchâtre, était rouge à sa pointe, et parsemée dans le reste de son étendue d'une foule de petits points d'un rouge vif; bouche mauvaise, soif; anorexie ; ventre indolent et souple ; quinze à dix-huit selles semblables à de l'eau teinte en jaune avaient eu lieu depuis la veille. Le pouls était fréquent et concentré, la peau chaude et sèche. Une toux légère existait. (*Eau de riz gommée, lavement de lin, deux bouillons.*)

Dans la journée, l'on s'aperçut que le malade délirait un peu. La nuit, il troubla, par ses cris, le sommeil de ses voisins. Dans la matinée du 1er juillet, nous le trouvâmes à peu près dans le même état qu'à la visite précédente. Les crachats nous parurent un peu visqueux. (*Saignée de deux palettes; deux vésicatoires aux jambes.*)

Le sang extrait de la veine se réunit en un large caillot sans couenne, remarquable par sa mollesse, et par sa ressemblance avec de la gelée de groseilles. Le délire revint pendant la nuit. Dans la matinée du 2, le malade jouissait de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles, mais il était singulièrement abattu ; ses yeux s'ouvraient avec peine; la langue était rouge, et ses papilles hérissées ; la diarrhée avait un peu diminué ; la peau restait sèche ; la malade toussait plus que les jours précédents, et la viscosité des crachats persistait. (*Eau de riz ; lavement de lin.*) La nuit, retour du délire.

Le 3, profond affaissement des traits, teinte livide de la face. Le malade eut beaucoup de peine à se soulever un peu pour qu'on pût le percuter et l'ausculter. La viscosité des crachats pouvait faire craindre le développement d'une pneumonie, bien que la respiration ne parut nullement gênée. Nous entendîmes un peu de râle crépitant à la partie postérieure inférieure gauche du thorax. Cinq ou six taches livides, arrondies, du diamètre d'une pièce de dix sols, étaient disséminées sur le thorax. Le malade répondait parfaitement bien aux questions. Une heure après, il quitta tout à coup son lit, et prononça des propos sans suite. (*Deux nouveaux vésicatoires furent appliqués aux cuisses*). Le reste de la journée il délira.

Le 4, l'air de stupeur était porté au dernier degré ; le malade paraissait entièrement étranger à tout ce qui se passait autour de lui. Cependant il comprenait les questions et y répondait ; mais abandonné à lui-même, il délirait de nouveau. La langue était sèche, d'une couleur semblable à celle de la crème brûlée ; d'épaisses croûtes noires couvraient les lèvres et les dents ; les évacuations alvines avaient lieu dans le lit ; la chaleur de la peau était très-âcre, le pouls, très-fréquent, se déprimait facilement ; les taches avaient disparu ; le malade ne crachait plus. (*Eau d'orge gommée, acidulée avec l'acide muriatique; eau d'orge avec le sirop tartareux; fomentations avec l'oxycrat chaud sur le ventre et sur les cuisses.*)

Le 5, les paupières restaient à demi-abaissées sur le globe de l'œil ; soulevées, elles laissaient voir celui-ci terne, sans expression ; une sorte de poussière d'un gris sale, couvrait les joues ; de fréquents soubresauts de tendons se faisaient sentir aux deux avant-bras, et de temps en temps l'on observait de petits mouvements convulsifs des muscles abaisseurs de la commissure gauche des lèvres. La peau du tronc et des membres conservait sa sécheresse et sa chaleur âcre ; la peau du visage au contraire était froide et couverte d'une sueur visqueuse. Le pouls devenait de plus en plus faible. (*Continuation des mêmes tisanes et des fomentations ; potion éthérée avec douze grains de musc ; lavement camphré.*)

Dans la journée le malade resta à peu près dans le même état. Tantôt il paraissait profondément assoupi, tantôt il ouvrait les yeux et poussait de profonds soupirs ; il lâcha plusieurs fois sous lui ; la nuit ses plaintes furent continuelles.

A la visite du 6, son état était à peu près le même que la veille. Il paraissait enten-

dre les questions qu'on lui adressait ; il tirait assez facilement la langue, mais il ne proférait aucune parole. Les soubresauts des tendons étaient très-multipliés. Le pouls battait plus de cent vingt fois par minute ; la langue était sèche *comme un morceau de parchemin*. Un ver lombric avait été rendu. La respiration était haute, accélérée. (*Même prescription.*)

Le 7, le malade était mourant. Nous fûmes surtout frappés par la grande fréquence des inspirations. Il succomba quelques heure après la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE

18 *heures après la mort.*

Les muscles n'étaient pas poisseux.

Crâne. Les veines qui rampent sous l'arachnoïde de la convexité des hémisphères étaient gorgées de sang. La première paraissait assez vivement injectée. La substance cérébrale était piquetée d'une grande quantité de petits points rouges. Les ventricules étaient entièrement vides de sérosité. L'on en trouva un peu entre le cervelet et sa tente.

Thorax. Le lobe inférieur du poumon gauche présentait une couleur brunâtre et ne crépitait pas. Il avait assez d'analogie avec le tissu de certaines rates très-molles. Partout ailleurs les poumons étaient parfaitement sains, non engoués. Le cœur contenait dans sa partie droite des caillots fibrineux peu consistants, et assez fortement adhérents aux colonnes charnues de l'appendice auriculaire.

Abdomen. Des gaz distendaient l'estomac. Sa surface interne présentait plusieurs plaques rosées, dans l'intervalle desquelles elle était blanche. La muqueuse, examinée sur ces plaques et entre celles-ci, avait conservé partout son épaisseur et sa consistance ordinaires ; cet état de l'estomac pouvait être tout au plus considéré comme le premier degré d'une phlegmasie peu intense.

Le duodénum, le jéjunum et l'iléum contenaient une grande quantité de bile jaune. Ouverts dans toute leur étendue et lavés, ces intestins présentèrent une surface interne très-pâle jusqu'à deux pieds et demi environ au-dessus du cœcum. Dans ce dernier espace existait une lésion remarquable qui paraissait être la même, et présentait seulement différents degrés. Ainsi, l'on observait en plusieurs endroits des élevures oblongues, d'un rouge brunâtre, formées à la fois et par la muqueuse un peu épaissie en cet endroit, et surtout par le tissu lamineux subjacent engorgé (1er degré). En d'autres endroits ces mêmes élevures étaient surmontées par un tissu jaunâtre, intimement inhérent au tissu subjacent, et tout à fait semblable aux escarres des parties externes ; il nous parut hors de doute que ce tissu n'était autre chose que la membrane muqueuse frappée de gangrène, soit seule, soit en même temps que le tissu cellulaire situé au-dessous d'elle (2e degré). Ailleurs, les élevures ne présentaient plus le tissu jaunâtre précédent que par points isolés, et dans les intervalles de ce tissu se voyait un tissu d'un rouge brunâtre foncé. Dans ce dernier cas la portion gangrenée était déjà en partie détachée ; de là résultait un ulcère dont le fond était formé par le tissu lamineux, épaissi et enflammé (3e degré). Ailleurs, enfin, l'on ne voyait que des ulcérations simples sans aucun mélange de tissu jaunâtre, à bords rouges formés par la muqueuse, à fond brunâtre formé par le tissu lamineux (4e degré).

Toutes ces ulcérations faisaient au-dessus de la muqueuse une saillie considérable. Celle-ci était blanche ou légèrement injectée dans les intervalles.

La muqueuse du cœcum et du commencement du colon présentait une assez vive injection. L'on voyait aussi, dans toute l'étendue du gros intestin, plusieurs points noirs,

isolés, entourés d'un cercle d'un blanc mat, faisant une légère saillie au-dessus du reste de la muqueuse. (*Follicules.*)

La rate volumineuse, était d'une extrême mollesse et contenait une matière couleur lie de vin.

Les autres viscères étaient sains.

EXAMEN DU SANG.

L'aorte descendante thorachique contenait une assez grande quantité de sang dont l'aspect parut fort remarquable. Il se présentait sous forme d'un liquide couleur lie de vin, comme sanieux en quelques endroits, et tenant en suspension de petits globules noirâtres. Hors cette dernière circonstance, il présentait une grande ressemblance avec le sang qui s'échappe d'un abcès qu'on ouvre avant sa maturité. Le reste du système artériel était vide. Le sang de la veine cave présentait le même aspect.

Les circonstances qui ont précédé le développement de cette maladie ne doivent pas être perdues de vue : arrivée nouvelle à Paris, misère, mauvaise alimentation. Au milieu de ces circonstances une abondante diarrhée survient; elle fatigue, épuise le malade, placé par des causes qui ont antécédemment agi sur lui, dans des conditions spéciales d'innervation et d'hématose, et dès le premier jour que nous le voyons, nous sommes frappés de son air de stupeur, prélude d'accidents beaucoup plus graves. Dans cet état de choses une saignée est pratiquée, et l'aspect du sang tiré du bras est tellement insolite, qu'il annonce déjà que la fonction d'hématose a été modifiée, soit primitivement, soit consécutivement, comme la fonction d'innervation. Du reste, cette saignée n'enraye en aucune façon la marche de la maladie ; elle n'empêche même pas le développement de la pneumonie, et le lendemain du jour où elle est pratiquée, l'abattement général est bien plus considérable. Les révulsifs ne sont pas plus efficaces ; et bien que de simples boissons délayantes soient données, la langue se sèche de plus en plus, à mesure que les autres symptômes s'aggravent. L'ouverture du cadavre nous montre les mêmes lésions que celles que nous ont offertes les précédentes.

C'est toujours le tube digestif que nous trouvons spécialement lésé, et lésé de la même manière. Au contraire, nous ne découvrons autre chose qu'une assez forte congestion dans ces centres nerveux, qui avaient présenté pendant la vie des désordres fonctionnels si graves, et dans lesquels semblait surtout résider la maladie.

Portons maintenant notre attention sur quelques circonstances particulières de cette maladie.

Remarquons d'abord le caractère du délire : il fut d'abord intermittent, puis il fut séparé par des intervalles de lucidité de plus en plus courts, et enfin il devint continu. Jusqu'au dernier jour, le malade, bien qu'en délire, comprit les questions qui lui étaient adressées ; et alors même qu'il ne pouvait plus parler, ses actions indiquaient qu'il comprenait encore. Remarquons encore combien, dans un court espace de temps, peut varier la manifestation des forces musculaires, par cela seul que se modifie autrement le système nerveux. Le 3 juillet, le malade, malgré tous ses efforts, ne peut parvenir à se placer sur son séant ; une heure après il commence à délirer : alors il se lève seul, il fait plusieurs pas dans la salle.

La peau resta constamment aride ; deux jours seulement avant la mort, une sueur froide, visqueuse, couvrit la face. Le tronc et les membres contrastaient par leur chaleur brûlante avec le froid glacial des joues. Cette inégale répartition de la chaleur avait disparu le lendemain.

Dans ce cas, comme dans la plupart des précédents, l'état de la langue ne traduisit pas l'état de l'estomac. La lésion que présenta celui-ci ne consistait qu'en une injection très-légère, semblable à celle qu'on trouve sur la plupart des cadavres, et cependant la langue fut jusqu'à la fin d'une sécheresse remarquable ; les lèvres et les dents offrirent d'épaisses fuliginosités. Ces phénomènes apparurent, d'ailleurs, à une époque où le malade n'avait encore pris que de simples boissons délayantes.

Aucune douleur abdominale, aucun ballonnement, n'annoncèrent l'altération grave de l'intestin.

La diarrhée, qui survint dès le début de la maladie, et qui diminua ensuite progressivement, fut-elle causée, au principe, par une inflammation aiguë des follicules du gros intestin, inflammation qui n'existait plus à l'époque de la mort, mais dont l'ancienne existence paraissait attestée par le développement insolite des follicules du cœcum et du colon ? Plusieurs fois il nous est arrivé de ne trouver autre chose que ces follicules ainsi développés dans des cas de diarrhées plus ou moins anciennes.

L'altération du poumon eut sans doute sa part dans la production des divers symptômes nerveux ; des crachats visqueux, mais non teints de sang, furent le seul symptôme qui fit d'abord soupçonner l'existence

d'une pneumonie. La respiration ne fut gênée que dans les derniers temps; alors la dyspnée devint telle, qu'elle fixa fortement notre attention; mais n'oublions pas que bien souvent, dans les derniers temps des fièvres graves, la respiration peut s'accélérer considérablement, les poumons restant sains. Nous avons vu quelle espèce d'altération avait frappé le poumon : il était remarquable par son extrême friabilité, et par la grande quantité de liquide qui l'engorgeait; l'air ne pénétrait plus la partie malade, et cependant ce n'était ni de l'hépatisation rouge ni de l'hépatisation grise. C'était une altération spéciale qu'il n'est pas rare de rencontrer dans les cas de dothinentérite avec fuliginosités de la bouche, pétéchies, ramollissement pultacé de la rate, etc.

Que dirons-nous de ces taches, plus grandes que des pétéchies ordinaires, qui, le 5 juillet, couvraient la poitrine? Elles ne durèrent que vingt-quatre heures, et ne coïncidèrent avec aucun changement appréciable dans les autres phénomènes de la maladie. Ces taches, désignées par les auteurs sous le nom de *vibices*, sont, dit Huxham, *un signe certain qu'il y a malignité*. Souvent elles sont accompagnées d'hémorragies abondantes, et dans le système des anciens humoristes elles se liaient à l'existence d'un *état morbide du sang*.

Dans le cas qui nous occupe, il y avait effectivement une altération très-appréciable de ce sang. Elle était évidente dans le sang tiré de la veine pendant la vie; elle le fut encore davantage sur le cadavre. Maintenant, est ce dans ce sang ainsi altéré qu'il faut chercher le point de départ et la cause des divers désordres fonctionnels ou organiques présentés par le malade? Remarquons d'abord que chez la plupart des individus qui font le sujet des observations précédentes nous avons observé à peu près les mêmes désordres, soit pendant la vie, soit après la mort, et que chez beaucoup d'entre eux le sang ne nous a paru s'éloigner en rien de son état normal. On pourrait tout aussi bien soutenir que l'altération du sang a été ici consécutive; qu'elle a été, par exemple, le résultat de l'absorption des parties gangrénées de l'intestin; mais ce ne serait non plus là qu'une hypothèse; et d'ailleurs elle ne rendrait pas compte de l'altération que présenta le sang tiré de la veine, à une époque où l'on ne pouvait pas encore admettre que l'absorption dont nous venons de parler en ait été la cause. Toutefois, quel qu'ait été le rôle joué ici par l'altération du sang, cette altération était bien réelle, et elle a dû exercer une influence sur les symptômes, la marche et la terminaison de la maladie. On ne conçoit guère, en effet, que les divers tissus puissent

être nourris et excités par un sang ainsi altéré, sans ressentir eux-mêmes quelque trouble.

XVIIIe OBSERVATION.

Symptômes de Fièvre ataxique. Trois applications de sangsues au cou. Vésicatoires. Camphre à l'intérieur; potion musquée le dernier jour. Durée de la maladie inconnue. Ulcérations de la fin de l'intestin grêle, avec quelques restes de l'exanthème.

Un cordonnier, âgé de dix-neuf ans, constitution forte, tempérament sanguin, entre à la Charité le 17 novembre 1820, se plaignant de céphalalgie et d'une grande lassitude. La langue était blanche et humide, le pouls fréquent et fort; la face, rouge, avait une expression de stupeur assez marquée; fréquentes épistaxis. Quelques jours se passèrent dans cet état. Le 22, air de stupeur plus prononcé, délire le soir et pendant la nuit. Le 23, *douze sangsues au cou, deux vésicatoires aux jambes; limonade minérale; lavement de camomille avec un scrupule de camphre.*

Le 24, face fortement injectée, yeux humides, larmoyants, comme ceux d'un homme ivre; sourire continuel, tremblement des lèvres, légère rétraction en haut de leur commissure droite; carphologie; langue humide, soif, ventre ballonné. (*Huit sangsues à chaque jugulaire; sinapismes; lavement de camomille.*)

Le 25, face moins rouge, rire niais, rétraction en haut de la commissure droite des lèvres, qui ne tremblent plus; les membres, soulevés, gardent pendant plusieurs secondes la position qu'on leur donne, comme si le malade était en catalepsie. Interrogé, il semble chercher ses idées, les rassembler avec peine, et il ne répond qu'au bout d'une ou deux minutes. On obtient de lui des réponses justes, en fixant fortement son attention; mais ensuite il déraisonne; il exprime tour à tour les idées les plus bizarres, comme ferait un maniaque. La langue, humide, mais brune, sort difficilement de la bouche; ventre ballonné, paraissant indolent; une selle; pouls fréquent et faible, peau moite. (*Six sangsues à chaque jugulaire; sinapismes; embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre; orge.*)

Le 26, face pâle, bouche béante; idées plus lucides, réponses plus promptes: mêmes symptômes de catalepsie; même état des fonctions nutritives.

Le 27, joues plus rouges, sorte d'extase, bouche écumeuse, lèvres toujours déviées; quelques soubresauts de tendons; cessation des symptômes cataleptiques; pouls très-fréquent et très-faible; sueur générale; respiration accélérée. (*Même prescription, à l'exception des sangsues.*)

Le 28, expression d'une vive souffrance peinte sur la figure, agitation des yeux, qui roulent violemment dans leurs orbites; tremblement des lèvres, claquement des dents, mouvement d'élévation de tout le tronc par intervalles. De temps en temps le malade tient les propos les plus incohérents, exprime les idées les plus disparates avec une étonnante volubilité. Lorsqu'on presse sur l'abdomen, qui est tendu, il nous invite avec instance à presser encore davantage, parce que cette pression, dit-il, lui fait du bien; peu d'instants après, il repousse le moindre contact; il veut qu'on lui ouvre le ventre pour enlever des barres de fer rouge qui y ont été introduites. La langue, brunâtre, tend un peu à se sécher; les matières fécales sont rendues dans le lit, la sécrétion des urines n'a plus lieu; pouls très-fréquent, faible, comme tremblottant. (*Bols de camphre et de nitre.*)

Le 29, le malade comprend les questions et y répond; mais il n'en déraisonne pas moins. Il accuse une sensation d'huile bouillante dans le ventre; la moindre pression

sur une partie quelconque du corps détermine des cris déchirants ; les traits s'altèrent et s'effilent, les yeux s'enfoncent dans les orbites, la face prend une teinte terreuse ; langue humide, lèvres et gencives encroûtées de fuliginosités ; selles abondantes dans le lit, ventre ballonné. (*Sinapismes ; orge ; limonade minérale ; bols de camphre et de nitre.*)

Le 30, une forte prostration a remplacé l'exaltation nerveuse des jours précédents. On pince fortement la peau des deux bras sans que le malade semble le sentir. La langue est couverte à son centre d'un enduit brun et visqueux ; la respiration est très-accélérée ; les battements du pouls ne peuvent plus être comptés ; une pression un peu forte exercée sur l'abdomen, qui est toujours ballonné, détermine une évacuation de gaz et de *fœces* liquides.

Le 1er décembre, endolorissement général, causé, selon le malade, tantôt par des courroies qui le serrent, tantôt par des coups d'épée, tantôt par de l'huile bouillante qu'on verse sur ses membres. L'affaissement est d'ailleurs beaucoup plus marqué. Face très-rouge, couverte d'une sueur abondante, joues excavées ; soubresauts continuels des tendons, empêchant de sentir le pouls ; langue brune à son centre, humide ; dents fuligineuses ; respiration haletante. (*Même prescription ; plus une potion éthérée avec teinture de musc.*)

Le reste de la journée l'affaissement alla en augmentant. Le malade succomba le 2, à trois heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

28 *heures après la mort.*

Embonpoint encore assez considérable ; muscles poisseux et livides.

Rien de remarquable dans l'encéphale et dans ses enveloppes ; quelques gouttes de sérosité limpide dans les ventricules latéraux ; une demi-once environ à la base du crâne.

Thorax. Un peu de sérosité très-rouge dans chaque plèvre ; poumons livides, engoués à leur partie postérieure ; un peu de sang liquide dans le cœur.

Abdomen. La surface interne de l'estomac offre, le long de la petite courbure, une longue bande rougeâtre formée par des vaisseaux injectés, autour desquels existent de petits points rouges.

L'intestin grêle, ouvert dans toute son étendue, est parfaitement blanc et sain jusque dans l'étendue d'un pied environ au-dessus du cœcum. Dans ce dernier espace, l'on trouve huit à dix ulcérations petites et superficielles, n'ayant pas (terme moyen) plus d'une à deux lignes de diamètre en tous sens ; leur fond est blanc, formé par le tissu lamineux ; leurs bords, frangés, sont d'un rouge livide ; les intervalles qui les séparent sont généralement blancs, excepté dans quelques points peu nombreux, où l'on observe quelques vaisseaux sanguins et deux ou trois élevures. Les ulcérations précédentes sont vraisemblablement la terminaison de cet exanthème. La valvule iléo-cœcale présente une teinte livide ; la surface interne du cœcum, du colon ascendant et du colon transverse, est blanche. A l'union du colon transverse et de la portion descendante du même intestin existe une large plaque rouge, dont la couleur réside dans la muqueuse. Cette inflammation existe dans l'étendue de trois travers de doigt en longueur ; le reste de l'intestin est blanc.

Cette observation est une de celles où, depuis le premier jour où nous vîmes le malade jusqu'à la mort, les accidents nerveux furent les plus prononcés. Quelle maladie mérite mieux le nom de fièvre maligne ou ataxique par la mobilité et la rapide succession de ses phénomènes? toutes les grandes fonctions du système nerveux son tour à tour lésées; toutes les formes du délire se montrent alternativement; du jour au lendemain la sensibilité est successivement exaltée, abolie, pervertie; le trouble de la motilité se manifeste tour à tour par la rétraction des lèvres, leurs mouvements convulsifs, les secousses comme tétaniques de tout le tronc, les mouvements désordonnés des yeux, les contractions involontaires des muscles masticateurs, enfin des symptômes cataleptiques. Les fonctions de la vie nutritive sont aussi lésées, et ce trouble est encore un effet de l'altération du système nerveux. Comment expliquer autrement, par exemple, et la dyspnée et la suspension de la sécrétion urinaire?

Dans cette maladie, les symptômes les plus saillants indiquaient donc une affection primitive des centres nerveux; cependant, au milieu de ces symptômes se montraient trois phénomènes qui devaient reporter notre attention sur les voies digestives; c'étaient, d'une part, les fuliginosités de la langue et des dents; c'étaient, d'autre part, le ballonnement de l'abdomen et la diarrhée. L'ouverture du cadavre ne montra effectivement rien d'appréciable dans le cerveau et ses annexes, tandis que dans le tube digestif existaient ces mêmes lésions que nous n'avons vu manquer dans aucune des observations précédentes. Sans doute ces lésions étaient légères en comparaison des graves désordres fonctionnels observés pendant la vie; mais plus nous avançons, et plus nous pouvons voir que c'est moins de leur intensité que de leur existence constante que ces lésions empruntent leur importance. Il n'y avait plus ici que quelques traces de l'exanthème; la couche folliculeuse était détruite dans presque tous les points où elle avait été malade, et presque partout il n'existait plus que des ulcérations.

N'oublions pas de noter, quelle que soit la conséquence qu'on en veuille tirer, que le sang trouvé dans le cœur était liquide, et rapprochons de cette circonstance l'épanchement sanguinolent dont chacune des plèvres était le siége.

XIXe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Au début, Fièvre rémittente quotidienne avec signes évidents d'irritation gastro-intestinale; plus tard, symptômes adynamiques, précédés d'abondantes épistaxis. Saignées, vésicatoires; boissons délayantes. Mort le vingtième jour. Follicules de l'iléum, du cœcum et du colon, tuméfiés et ulcérés. Infiltration purulente du lobe inférieur du poumon gauche; gangrène du lobe supérieur du même poumon.

Un porteur d'eau, âgé de vingt-cinq ans, arrivé de la Savoie depuis trois mois, tempérament sanguin, constitution forte, fut pris dans la soirée du 17 janvier 1822 de frissons qui se prolongèrent pendant la nuit; le lendemain, sentiment de malaise, diminution de l'appétit; retour des frissons le soir; même état jusqu'au 20; alors coliques, déjections alvines fréquentes; il ne fit aucun traitement jusqu'au 24; il entra alors à l'hôpital.

État du 25 (neuvième jour) : face rouge, animée, yeux brillants; soif, anorexie; langue rouge sur les bords et à la pointe, enduit d'un mucus jaunâtre au centre; bouche amère; ventre indolent, un peu tuméfié; sept à huit selles en vingt-quatre heures; toux légère; pouls plein et fréquent; peau chaude et sèche. (*Saignée de quatre palettes; tisane d'orge édulcorée; diète.*)

Le 26, le sang présenta un gros caillot recouvert d'une couenne dense et épaisse; quatorze selles; même état d'ailleurs. (*Saignée de deux palettes.*)

Dans la soirée du 26, redoublement de fièvre très-violent. (*Troisième saignée* qui ne fut que d'une palette, le malade étant tombé en syncope.)

Le 27, légère épistaxis; le soir, fièvre violente. (*Saignée de deux palettes.*) Le sang présenta un petit caillot recouvert d'une couenne mince et molle.

Le 28, épistaxis; face encore rouge, yeux brillants, mais cependant abattement des traits; réponses lentes; même état de la langue; soif ardente; ventre un peu météorisé; treize à quatorze selles avec colique. Pouls fréquent; peau moite. (*Tisanes émollientes.*)

Le 29, abondante épistaxis; affaissement; plaintes continuelles; toux sans expectoration; respiration un peu précipitée; matité légère et râle crépitant à gauche en arrière dans toute l'étendue à peu près du lobe inférieur. (*Vingt-quatre sangsues sur le côté gauche du thorax; deux vésicatoires aux jambes.*)

Les 30 et 31, épistaxis, prostration; face pâle; même état de la respiration; même résultat par la percussion et par l'auscultation; expectoration catarrhale; diarrhée aussi abondante. (*Vésicatoire sur la poitrine.*)

Le 1er février, trouble de l'intelligence; épistaxis.

Le 2, épistaxis très-abondante depuis trois heures du matin; faiblesse extrême; face pâle et abattue; langue blanche et humide; respiration plus libre; persistance de la toux, du météorisme et de la diarrhée; pouls très-fréquent et très-faible. (*Tamponnement des cavités nasales; eau de riz gommée.*)

Le 3, agitation la nuit; yeux animés; loquacité; mouvements continuels de la mâchoire inférieure; pouls faible, très-fréquent: langue humide et blanche. (*Sinapismes.*)

Le 4, langue blanche, mais sèche, avec quelques plaques noires; dents fuligineuses; pouls très-faible, cent pulsations.

Le 5, prostration extrême; gémissements continuels; intégrité de l'intelligence; excrétions alvines involontaires; respiration haute et bruyante; la vessie distendue remonte jusqu'à l'ombilic; l'urine sort par regorgement; pouls très-faible, cent qua-

rante pulsations. (*Décoction de polygala gommée ; vésicatoire sur le sternum ; sinapismes aux cuisses.*)

Mort à 11 heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Cerveau sain.

Thorax. Adhérences intimes des plèvres costale et pulmonaire du côté gauche. Le lobe inférieur du poumon gauche était dense, brunâtre, et laissait écouler à l'incision un mélange de sang et de pus. Au centre du lobe supérieur, qui était sain, se trouvait une cavité pouvant loger un gros œuf de poule. Sa surface était aréolée, brunâtre, elle contenait une sorte de bouillie d'un gris verdâtre, d'une fétidité gangréneuse.

Abdomen. Muqueuse gastrite très-blanche dans toute son étendue, ayant son épaisseur et sa consistance ordinaires : pâleur remarquable de la membrane muqueuse de l'intestin grêle dans ses quatre cinquièmes supérieurs. Dans le cinquième inférieur apparaissent de nombreuses élevures, dont le diamètre varie depuis trois jusqu'à six lignes. Leur couleur est d'un rose pâle. Le centre de quelques-unes est ulcéré ; dans l'étendue de quelques travers de doigt au-dessus de la valvule on trouve plusieurs ulcérations du diamètre d'une pièce de quarante sous. La muqueuse qui forme leurs bords est rouge et boursouflée.

La surface interne du cœcum et du colon est parsemée d'élevures analogues à celles de l'intestin grêle, mais plus confluentes, et ulcérées à leur centre pour la plupart.

La membrane muqueuse est rouge dans toute son étendue, tandis qu'elle était blanche dans l'intestin grêle.

Les ganglions lymphatiques, correspondant aux portions d'intestins malades, sont gonflés, et leur tissu est rouge.

La vessie, distendue par l'urine, s'étend jusqu'au niveau de l'ombilic. Sa membrane interne est légèrement injectée.

Essayons de faire ressortir les phénomènes les plus remarquables de cette maladie.

Elle atteint un homme d'une constitution forte, récemment arrivé à Paris. Elle débute par des frissons qui reviennent chaque soir pendant trois jours consécutifs; le dévoiement s'établit le troisième jour; le malade garde le repos, sans prendre aucun médicament, jusqu'au neuvième jour. Alors la langue est rouge, le dévoiement considérable, le ventre indolent, le pouls fébrile ; les forces sont bien conservées ; les trois jours suivants, 25, 26 et 27 janvier, trois saignées sont pratiquées ; elles sont couenneuses; aucun amendement n'a lieu. Les 27, 28 et 29, épistaxis chaque jour ; la face commence à exprimer l'abattement, le 29, symptômes de pneumonie; sangsues sur la poitrine, vésicatoires aux jambes. Du 30 janvier au 5 février, épistaxis assez abondante pour exiger le tamponnement; dès ce moment, prostration de plus en plus grande,

sécheresse et en même temps *pâleur* de la langue ; continuation du dévoiement, météorisme, délire par intervalles, dyspnée, paralysie de la vessie, faiblesse et fréquence extrême du pouls ; mort.

Pour expliquer ces divers symptômes nous ne découvrons rien dans les centres nerveux ; mais nous trouvons dans l'intestin la maladie ordinaire des follicules à la double période d'exanthème et d'ulcérations. L'estomac est exempt de toute lésion, bien que la langue eût été sèche et noire. Nous trouvons de plus deux altérations différentes dans le poumon gauche ; inférieurement une pneumonie terminée par suppuration ; supérieurement une cavité qui, creusée au milieu du parenchyme pulmonaire, présentait tous les caractères de la gangrène du poumon, tels que les a décrits Laennec, lorsqu'une excavation résulte du ramollissement et de la fonte putrilagineuse de la portion de poumon frappée de gangrène. Cette cavité ne communiquait encore avec aucune bronche ; aussi les crachats n'offrirent-ils aucun caractère particulier. Mais qu'était devenue la matière gangrenée ? avait-elle passé par absorption dans le torrent circulatoire ? à quelle époque se forma cette gangrène ? quel rapport a-t-elle avec les autres symptômes ? Dans l'impossibilité où nous sommes de répondre à ces questions avec quelque sévérité, nous ferons seulement remarquer ici que la véritable gangrène du poumon ne se voit que très-rarement dans les maladies appelées *fièvres graves*, et que par conséquent tout ce qu'on trouve écrit dans les anciens auteurs sur la fréquence de la gangrène des poumons en pareil cas ne saurait se justifier par l'observation.

Dans ce cas, d'ailleurs, comme dans tous ceux qui ont été précédemment cités, la pneumonie eût été méconnue, si la poitrine n'eût été percutée et auscultée. On ne saurait donc trop engager les praticiens à exercer le plus souvent possible la percussion et l'auscultation chez les malades atteints de fièvres graves. Ce n'est, dans le plus grand nombre des cas, qu'en ayant recours à cette double méthode d'investigation qu'ils seront avertis de l'existence de ces pneumonies intercurrentes, si insidieuses dans leur invasion, si obscures dans leur marche et dans leurs symptômes, si funestes dans leurs résultats.

Il nous paraît remarquable que ce soit à la suite de saignées pratiquées trois jours de suite, et qui ne purent enrayer la maladie, que survinrent ces abondantes épistaxis dont l'apparition précéda celle des symptômes adynamiques. Nous insistons d'autant plus volontiers sur cette succession de phénomènes, que ce n'est pas la seule fois que nous

l'avons observée. Dans l'hiver de 1829, en particulier, nous avons vu chez cinq élèves en médecine atteints d'une fièvre continue légère, de larges saignées, pratiquées coup sur coup, être suivies d'épistaxis répétées, qui furent elles-mêmes comme le prélude d'un état ataxique ou adynamique des plus graves. Chez deux d'entr'eux, peu de temps après que furent survenues ces épistaxis, nous vîmes s'ulcérer plusieurs piqûres de sangsues. Chaque ulcération était arrondie, et semblait avoir été faite comme par un emporte-pièce. Ces deux individus succombèrent. Nous croyons que, plus on aurait tiré de sang à ces malades, plus on aurait augmenté la tendance de toutes les parties irritées à l'ulcération.

XXe OBSERVATION.

Séjour à Paris depuis huit mois. Violente céphalalgie au début, puis fièvre rémittente double-tierce, transformée bientôt en continue. Symptômes ataxo-adynamiques, précédés d'épistaxis et de pétéchies. Médication tonique : état de plus en plus grave. Mort le vingt-troisième jour. Ulcération vers la fin de l'intestin grêle, avec débris de la couche folliculeuse gangrénée au fond de l'une d'elles. Follicules du gros intestin plus apparents que de coutume. Muqueuse gastrique pointillée : injection de l'encéphale et des méninges. Granulation osseuse dans le cerveau.

Un tailleur, âgé de dix-huit ans, cheveux châtains, peau blanche, muscles grêles, habitant Paris depuis huit mois, se nourrissant bien, menant une vie régulière, et jouissant habituellement d'une bonne santé, ressentit d'abord pendant huit jours, sans cause connue, une violente céphalalgie qui occupait surtout la partie supérieure de la tête ; en même temps son appétit se perdit, ses forces diminuèrent. Le 11 août, il fut pris, entre huit et neuf heures du matin, d'un grand frisson auquel succédèrent de la chaleur et de la sueur, celle-ci fut terminée à midi. Le reste de la journée, il se sentit comme les jours précédents ; il dormit bien. Cependant, le 12 , en se réveillant, il se trouva si mal à son aise qu'il ne se leva pas ; à quatre heures du soir, il eut du frisson ; la nuit, il sua abondamment. Nous le vîmes dans la matinée du 13. Il n'avait plus mal à la tête ; la face était remarquable par sa pâleur , la langue était blanche à son centre, pointillée, d'une rougeur uniforme à sa pointe ; la soif était vive ; la pression faisait naître un peu de douleur à l'épigastre. Une selle liquide avait eu lieu depuis vingt-quatre heures. Le pouls était fréquent, la peau en sueur. D'après le récit du malade, d'après son état, on pouvait le croire atteint d'une fièvre rémittente double tierce ; le frisson devait survenir dans une ou deux heures ; mais le malade n'en eut aucun ressentiment. Il resta toute la journée dans le même état que le matin. Il but de la tisane d'orge avec addition de sirop tartareux. La diarrhée augmenta considérablement ; il alla neuf fois à la selle sans douleur jusqu'au lendemain matin. Il sua le soir, et dormit assez bien la nuit.

Dans la matinée du 14, il vomit ses tisanes. Une abondante épistaxis eut lieu. Quelques taches typhoïdes apparurent sur le thorax et l'abdomen. Le pouls était fréquent et faible ; la peau moite.

Dans la soirée, il eut un fort redoublement sans frisson initial ; la nuit, la sueur fut très-abondante.

Le 15, deuxième épistaxis, fièvre intense, disparition presque complète des taches ;

profonds soupirs de temps en temps. Une seule selle depuis hier matin. Ventre indolent, langue blanchâtre. Redoublement le soir.

A la visite du 16, même état. Deux selles. Le soir, le malade délira pour la première fois. Il ne sua pas.

Dans la matinée du 17, son état s'était singulièrement aggravé : ses traits étaient affaissés; l'œil semblait comme égaré, la face était plombée. Les pétéchies avaient reparu ; elles couvraient le thorax et l'abdomen ; la peau de ces parties avait une chaleur brûlante, supérieure à celle du reste du corps ; la peau du front, des joues et du nez était froide ; le pouls, petit, fuyant sous le doigt, avait une fréquence extrême. Deux selles liquides avaient eu lieu ; la langue conservait son humidité.

Jusqu'à ce jour le malade n'avait pris que de l'eau d'orge, des lavements émollients ; il avait observé une diète sévère. M. Lerminier prescrivit une pinte d'infusion de quinquina, deux vésicatoires aux jambes, un lavement camphré.

Le malade délira toute la nuit ; il vomit une assez grande quantité de bile jaune.

Le 18, la teinte de la face, plombée, livide, présentait un aspect de plus en plus adynamique. Les lèvres, décolorées, étaient aussi pâles que celles d'un cadavre. La langue s'était séchée et avait bruni à son centre. Le nombre des selles restait le même.

La chaleur de la peau était répartie aussi inégalement que la veille ; les joues étaient plus froides. Le pouls conservait le même caractère ; cependant le malade avait encore assez de force pour se lever seul, se placer sur le bassin et remonter dans son lit. Il était évident que depuis la veille l'état du malade s'était aggravé. M. Chomel, qui avait pris le service, persista dans l'emploi des toniques. Il ajouta à la prescription de la veille une potion gommeuse avec addition de deux gros d'extrait de quinquina.

Délire dans la soirée et une partie de la nuit.

Le 19, l'expression des yeux et du reste de la face était meilleure, le décubitus avait lieu sur le côté comme dans l'état de santé ; les mouvements étaient libres et annonçaient encore par leur vivacité une assez grande énergie ; les facultés intellectuelles étaient nettes ; mais le malade, par suite d'une aberration de sensibilité assez commune dans les fièvres graves, accusait de vives douleurs en quelque endroit du corps qu'on le touchât. La langue était sèche comme un morceau de parchemin. Les pétéchies étaient très-multipliées. (*Infusion de quinquina, potion gommeuse avec deux gros d'extrait; lavement de quinquina et de camphre; deux nouveaux vésicatoires.*)

L'agitation fut beaucoup moindre la nuit que les précédentes. Mais dans la matinée du 20, nous trouvâmes pour la première fois le malade plongé dans un assoupissement dont on ne le tirait qu'avec peine ; il ne répondait qu'en balbutiant ; il avait lâché sous lui. Sa potion avait été vomie. (*Deux pintes d'eau d'orge avec un quart de vin, potion gommeuse avec addition de vin de quinquina et de sirop de quinquina, de chaque deux onces ; lavement de quinquina camphré ; fomentations sur les cuisses et sur le ventre avec le vin aromatique ; diète.*)

Le soir, on fut obligé d'attacher le malade, parce que dans son délire il arrachait ses vésicatoires.

Le 21, la langue, les dents et les lèvres étaient fortement encroûtées et noires ; le ventre était ballonné ; une ou deux selles involontaires avaient eu lieu ; les taches étaient très-petites, brunes ; les yeux restaient ouverts, mais ils exprimaient l'indifférence la plus complète. Le malade avait refusé de boire sa potion. On remplaça, dans la potion, le vin et le sirop par trente grains de sulfate de quinine.

Le 22, le malade ne proférait plus aucune parole ; mais il répondait par signes et de l'air le plus indifférent. Même état du reste. M. Lerminier, qui avait repris le service, supprima la potion : il fit placer un vésicatoire à la nuque.

Le 23, prostration de plus en plus grande ; dilatation extrême des pupilles ; surface des vésicatoires livide et saignante. La potion suivante fut prescrite :

Eau de menthe. . . . . 4 *onces*.
Extrait sec de kina. . . . 2 *gros*.
Sirop d'éther. . . . . . 2 *onces*.

L'infusion de quinquina fut supprimée ; la tisane d'orge légèrement vineuse, le lavement de quinquina camphré, et les fomentations aromatiques, furent continués.

Jusqu'à ce jour les symptômes adynamiques avaient prédominé ; mais, le 24, les phénomènes nerveux devinrent à leur tour plus prononcés. La tête du malade était agitée d'un mouvement continuel de droite à gauche et de gauche à droite ; ses yeux avaient tout à fait l'expression de ceux d'un idiot. Interrogé, il ne répondait pas, bien qu'ayant l'air d'écouter et de comprendre. Mais en même temps, chose remarquable ! la langue, les dents et les lèvres s'étaient un peu nettoyées et humectées ; le pouls était fréquent et très-faible : la peau peu chaude ; on n'apercevait plus que quelques taches éparses. (*Même prescription.*)

Dans la journée, d'abondantes évacuations alvines eurent lieu involontairement.

Le 25, propos sans suite ; agitation continuelle des bras et des jambes ; yeux hagards, roulant continuellement dans l'orbite ; soubresauts des tendons ; langue de nouveau sèche et noire.

Le 26, le malade était à l'agonie ; il succomba à neuf heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. L'arachnoïde de la convexité des hémisphères présentait une assez vive injection. Le cerveau était fortement piqueté. Une cuillerée à café de sérosité liquide existait à peine dans chaque ventricule. Une petite granulation, de consistance osseuse, du volume d'un pois, était implantée dans la substance de l'hémisphère gauche, un peu derrière la scissure de Sylvius, et près de leur superficie.

Thorax. Rien de remarquable.

Abdomen. La surface interne de l'estomac était parsemée, dans son grand cul-de-sac, d'une foule de points rouges agglomérés, dont la couleur résidait dans la muqueuse, assez consistante d'ailleurs.

L'intestin grêle, ouvert dans toute son étendue, était blanc partout. Seulement, un peu au-dessus de la valvule iléo-cœcale, apparaissent quatre ulcérations. Deux à bord et à fond rouge auraient pu admettre à peine un pois ordinaire. Les deux autres pouvaient recevoir une pièce de vingt sous. Du fond de l'une de ces dernières faisait saillie une petite escarre jaunâtre, que son adhérence au tissu lamineux ne permettait pas de confondre avec un amas de matières fécales.

La surface interne du colon, dans toute son étendue, était parsemée d'un assez grand nombre de petites élevures, faisant, au-dessus de la muqueuse, une saillie très-légère, plus sensible à la vue qu'au toucher, à cause de leur couleur d'un blanc plus mat que le reste de la muqueuse. Exactement arrondies, elles avaient à peine une ligne de diamètre : un point noir existait à leur centre. C'étaient des follicules plus développés que de coutume.

La lésion intestinale est ici encore moins considérable que dans aucune des observations précédentes ; cependant elle existe très-bien

caractérisée ; on ne trouve plus qu'en un seul point de l'intestin grêle, au fond d'une ulcération, quelque trace de l'exanthème. C'est donc l'existence de cette lésion, beaucoup plus que son intensité ou que son degré, qu'il faut s'occuper de constater ; car, intense ou légère, à la période d'exanthème ou à la période d'ulcération, elle coïncide avec des symptômes dont la gravité et la nature ne sont quelquefois nullement en rapport soit avec ses divers degrés d'intensité, soit avec ses diverses périodes.

Les phénomènes nerveux observés dans les derniers temps peuvent s'expliquer, dans ce cas particulier, par la congestion sanguine assez forte que présentèrent après la mort le cerveau et ses membranes. Mais nous avons vu d'autres fois ces mêmes phénomènes, sans aucune trace de congestion cérébrale.

Une forte céphalalgie marqua le début de cette maladie; et ici, comme dans l'observation précédente, plusieurs épistaxis précédèrent l'apparition des phénomènes ataxo-adynamiques ; mais dans le cas actuel aucune saignée n'avait été pratiquée avant la manifestation des hémorragies nasales ; sous ce rapport il peut être utile de rapprocher cette observation de la précédente.

Cette observation n'est pas non plus la première où nous voyons la maladie présenter à son début une forme rémittente bien prononcée ; ici il y eut seulement deux accès très-bien caractérisés, qui offrirent le type double tierce. Après le deuxième accès le frisson ne reparut plus, et la fièvre devint simplement continue, avec un violent redoublement chaque soir, sans frisson initial, mais avec sueur vers la fin. En même temps diarrhée abondante, épistaxis, pétéchies ; celles-ci se flétrissent tout à coup, la diarrhée cesse, la fièvre semble un instant survivre à toute espèce de lésion locale ; du délire survient pour la première fois pendant le redoublement du soir ; celui-ci ne se termine pas par une sueur comme les jours précédents ; et, soit qu'il y ait ou non quelque rapport entre ce défaut de sueur et l'exaspération de la maladie, l'on observe dès le lendemain un ensemble bien prononcé de symptômes ataxo-adynamiques. En même temps les pétéchies reparaissent. Les toniques sont alors administrés et portés rapidement à une forte dose ; chaque jour cependant nous voyons s'accroître l'intensité des symptômes; la langue, humide jusqu'alors, se sèche et se noircit ; l'abdomen se météorise de plus en plus, les pétéchies brunissent ; la surface des vésicatoires devient livide et saignante ; vers la fin, les symptômes d'ex-

citation nerveuse deviennent prédominants, les pétéchies disparaissent de nouveau, et en même temps, chose remarquable! la langue devient tout à coup nette et humide; mais les autres symptômes n'en persistent pas moins, de nouveau la langue noircit et le malade succombe.

XXIe OBSERVATION.

Ancien séjour à Paris. Veilles et fatigues antécédentes. D'abord simple courbature, puis fièvre continue légère, devenant plus grave à mesure que se dessinent les symptômes d'une double irritation pulmonaire et gastro-intestinale. Retour subit de la prostration, et mort le trente-unième jour, au milieu d'un état apparent de demi-convalescence. Ulcérations à la place occupée normalement par les follicules de l'iléum. Couleur noire et ramollissement des plaques de la muqueuse intestinale. Pneumonie.

Un doreur sur métaux, âgé de dix-sept ans, d'une constitution faible et lymphatique, habitant Paris depuis quelques années, se livra, pendant plusieurs jours consécutifs, à des travaux excessifs, qui se prolongeaient une grande partie de la nuit. Le 26 décembre 1821, il éprouva des frissons dans la soirée ; son sommeil fut pénible et agité. Le lendemain et les trois jours suivants, il se livra à son travail ordinaire ; mais de temps en temps une fatigue insolite le forçait à se reposer. Alors il était pris de frisson, suivi de chaleur et d'agitation. Le 3 janvier, il s'alita. A cette époque, chaleur incommode de tout le corps, soif, perte complète d'appétit, sentiment de faiblesse, frisson le soir, insomnie, constipation. Cet état fut le même pendant six jours. Se trouvant plus malade, le 10 janvier, il fit appeler un médecin, qui prescrivit vingt sangsues à l'anus, un lavement émollient et l'eau de gomme. Ces moyens le soulagèrent peu. Le 12, il entra à l'hôpital.

État du 13 : sentiment de faiblesse, pas de céphalalgie, face pâle ; langue humide, blanche au centre, rouge sur les bords et à la pointe ; soif, anorexie, ventre souple et indolent, constipation ; pouls de fréquence médiocre, un peu raide ; peau chaude et sèche. Dans cet état de choses, aucune indication précise ne se présentait à remplir. (*Tisane d'orge*, *lavemement de guimauve*, *un bouillon.*)

Le 14 et le 15, le malade se trouva mieux. Il était moins abattu, la peau s'humecta, le pouls devint souple, une selle eut lieu en vingt-quatre heures. (*Même prescription.*)

Le 16, la face était animée, la fièvre plus forte. Le malade toussait sans cracher ; sa respiration était un peu accélérée. La poitrine percutée rendit un son un peu mat à la partie postérieure inférieure du côté gauche du thorax ; là aussi s'entendaient le râle crépitant. Ces symptômes évidents de pneumonie furent combattus par l'application de quinze sangsues sur le côté gauche. (*Boissons adoucissantes.*)

Le 17, le son était plus mat à gauche ; le râle crépitant était moins prononcé et sans mélange du bruit naturel de la respiration. Les crachats étaient transparents, visqueux, un peu rouillés; les inspirations étaient courtes et rapprochées. La pneumonie paraissait marcher vers l'hépatisation. D'un autre côté, l'abattement était plus grand, la face était pâle, prostrée, le pouls plus fréquent et plus faible, la peau sèche et sans chaleur, le ventre ballonné, toujours indolent ; la langue conservait son humidité ; une seule évacuation alvine avait eu lieu à la suite de l'administration d'un lavement émollient. Cette débilité générale, cette absence de réaction, semblaient contre-indiquer l'emploi des émissions sanguines ; un large vésicatoire fut appliqué sur le côté gauche du thorax. L'action de la peau fut sollicitée par dix grains de poudre de Dower. (*Tisane de violette*, *lavement de camomille.*)

Le 18, tout avait empiré. L'absence complète de respiration du côté gauche, et en même temps la disparition du râle crépitant annonçaient l'hépatisation du lobe inférieur du poumon ; l'expectoration était supprimée ; la gêne de la respiration avait augmenté; un dévoiement modéré avait remplacé la constipation des jours précédents (cinq selles séreuses). La teinte plombée de la face annonçait les progrès de la prostration. (*Sinapismes aux pieds.*)

Rien de nouveau le 19; application d'un vésicatoire à une cuisse.

Le 20, la respiration était plus libre, l'expectoration était rétablie; mais la langue fut trouvée sèche pour la première fois; le météorisme était considérable; la diarrhée continuait. Ainsi, l'amélioration qui avait lieu du côté de la poitrine ne semblait s'être opérée qu'aux dépens des organes du ventre.

Les 21 et 22, délire de temps en temps; même état du reste. (*Tisanes émollientes.*)

Le 23, une amélioration sensible existait; rien ne semblait l'annoncer la veille; aucun phénomène critique n'en rendit compte; la peau en particulier avait conservé sa sécheresse. L'intelligence était nette ; la langue s'était humectée ; le météorisme avait diminué, ainsi que le dévoiement. Du côté de la poitrine, l'amendement n'était pas moins marqué; la respiration était libre, la toux rare, l'expectoration catarrhale. Cependant le son mat et l'absence de la respiration persistaient. Ainsi la pneumonie était loin d'être résolue; mais elle passait à l'état chronique. Le pouls restait fréquent et faible. Soutenir les forces sans produire l'irritation d'aucun organe, telle paraissait être l'indication à remplir. Des frictions aromatiques furent faites sur les membres plusieurs fois le jour. Le vésicatoire de la cuisse fut séché ; celui de la poitrine entretenu. A l'intérieur, la tisane d'orge gommée, l'eau de riz et quelques bouillons furent donnés. Du 24 au 28, l'état du malade devint de plus en plus satisfaisant. Le 27, il n'y avait plus d'autre symptôme du côté des voies digestives qu'une très-légère diarrhée (Deux selles liquides en vingt-quatre heures). Les forces étaient relevées; la face avait un aspect excellent : la matité du son, l'absence de la respiration, étaient les seuls signes qui indiquassent que la pneumonie n'était point résolue ; d'elle seule paraissait dépendre la persistance d'une légère fréquence dans le pouls, sans chaleur à la peau ; mais tout semblait promettre que le temps, aidé des soins convenables, opérerait peu à peu la résolution de cette phlegmasie latente.

Quel ne fut pas notre étonnement, lorsque, dans la matinée du 28, nous trouvâmes le malade dans un état plus grave qu'il n'avait jamais été ! Face cadavéreuse, gémissements continuels, demi-coma ; pas de réponse aux questions; pouls très-fréquent, filiforme. Des évacuations alvines nombreuses avaient eu lieu pendant la nuit. Nous ne pûmes attribuer à aucune cause cette rechute, qui fut aussi subite et aussi imprévue que l'avait été l'amélioration du 23.

Le malade succomba peu d'heures après la visite, le trente-unième jour de l'invasion de la fièvre continue, et le douzième jour de la pneumonie.

OUVERTURE DU CADAVRE

32 *heures après la mort.*

Absence complète de graisse sous la peau et autour des organes où elle est ordinairement accumulée.

Crâne. Cerveau sensiblement plus consistant que de coutume; ventricules contenant environ une cuillerée à bouche de sérosité limpide.

Thorax. Le lobe inférieur du poumon gauche, dans les trois quarts environ de son étendue, la base du poumon droit, dans une couche de deux travers de doigt d'épais-

seur, présentaient à la section un tissu rouge uniforme, d'où s'écoulait un liquide sanieux. Ce tissu, facilement déchirable, ne crépitait pas et ne surnageait point à l'eau. Les poumons, dans le reste de leur étendue, étaient très-sains.

Abdomen. Des gaz distendaient l'estomac. Sa surface interne était blanche, excepté en quelques points isolés où existait de la rougeur sous forme de lignes ou de petites plaques. Ces diverses parties rouges, réunies, égalaient au plus le diamètre d'une pièce de quarante sous. Leur couleur résidait dans la membrane muqueuse, qui, là, était un peu ramollie.

Les trois quarts supérieurs de l'intestin grêle, remplis d'un liquide jaune et visqueux, étaient d'une blancheur remarquable. Au commencement du quart inférieur, on apercevait des plaques noires ayant leur siége dans la membrane muqueuse épaissie et ramollie. Au centre de quelques-unes on voyait une légère solution de continuité de la muqueuse. Dans d'autres, cette solution de continuité était plus profonde, plus étendue ; son fond était formé par un tissu lamineux, qui avait conservé sa blancheur. A mesure que l'on approchait de la fin de l'intestin grêle, ces plaques et ces ulcérations devenaient plus confluentes. Immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cœcale et dans le cœcum existait un autre genre d'ulcérations ; leurs bords étaient rouges et boursouflés ; la tunique charnue en constituait le fond. Dans l'intervalle de ces diverses lésions la membrane muqueuse était blanche. Des gaz distendaient les trois portions du colon, dont la surface interne était blanche. L'*S* iliaque était contractée. La membrane muqueuse présentait des plis rouges. Les ganglions mésentériques, qui correspondaient au tiers inférieur de l'intestin grêle, étaient rouges et tuméfiés.

Le malade qui fait le sujet de cette observation diffère de plusieurs des précédents, en ce que depuis longtemps il habitait Paris lorsque sa santé commença à se déranger. Le début de la maladie est digne de remarque : en réfléchissant à la nature des accidents qu'éprouva d'abord cet individu, ne semble-t-il pas qu'on doive surtout les rapporter à un épuisement de l'innervation, produit chez lui par les veilles, par les travaux pénibles auxquels il s'était livré? Ce sont ces mêmes accidents qu'on voit survenir chez d'autres individus, soit à la suite de fortes émotions morales, soit après de grandes fatigues intellectuelles, soit après des excès vénériens, etc. Dirons-nous donc qu'il y a d'abord, dans ces différents cas, *affection générale ?* Quoi de moins convenable en cette circonstance qu'une pareille expression, et quelle affection est mieux localisée que celle qui consiste dans un dérangement primitif des centres nerveux?

Cependant chez notre malade, comme chez la plupart de ceux qui, par une des causes que nous venons de rappeler, font, si je puis ainsi dire, une trop grande dépense d'innervation, un moment ne tarda pas à arriver où plusieurs organes s'irritèrent ; ce furent spécialement chez lui l'appareil respiratoire et les voies digestives. Une fois produite une

congestion sur ces organes, on devait prévoir qu'elle n'aurait pas une résolution facile et qu'elle tendrait à d'autres terminaisons ; on devait craindre aussi qu'elle ne produisît des accidents nerveux plus ou moins graves ; car c'est communément ce qu'on observe lorsqu'une inflammation sévit chez un individu placé dans des conditions pareilles à celles auxquelles avait été soumis notre malade.

Aucun symptôme grave n'accompagna d'abord la double congestion dont les membranes muqueuses pulmonaire et gastro-intestinale devinrent à peu près simultanément le siége; cependant l'irritation de la membrane muqueuse aérienne s'étendit aux dernières ramifications bronchiques, gagna les vésicules pulmonaires, et à peine l'auscultation eut-elle fait reconnaître une pneumonie, qu'on vit le malade tomber dans une prostration de plus en plus grande. Nul doute que cette pneumonie n'ait ici fortement contribué à produire l'état adynamique; c'est ce qui arrive chez beaucoup de vieillards qu'on voit aussi *s'adynamiser* très-promptement, lorsqu'ils viennent à être frappés de pneumonie. Cependant les voies digestives avaient aussi leur part dans la production de cette adynamie, ainsi que l'attestaient et le météorisme et la diarrhée qui s'était établie.

Ainsi, voilà trois périodes dans cette maladie : dans une première, le dérangement de la santé résulte d'une fatigue prolongée de l'innervation, tout ce qu'on observe peut s'expliquer par cette fatigue, et rien ne prouve qu'il y ait autre chose.

Dans une seconde période, les voies respiratoires et digestives s'affectent ; mais la maladie n'a encore rien de fâcheux.

Dans une troisième période, la double affection pulmonaire et gastro-intestinale devient plus grave, et cette augmentation de gravité se traduit par un état adynamique.

Cette troisième période ne tarde pas à être remplacée par une autre, dans laquelle la maladie change encore d'aspect. Des signes locaux de l'affection intestinale il ne reste plus qu'une diarrhée très-légère ; des signes de la pneumonie il ne reste plus que ceux fournis par la percussion et l'auscultation : enfin des symptômes généraux il reste un très-léger mouvement fébrile ; mais les forces sont relevées et tous les phénomènes d'adynamie ont disparu.

Cette quatrième période semblait devoir conduire le malade à une franche convalescence; l'on pouvait espérer la résolution complète, bien que lente, de l'inflammation pulmonaire et intestinale, lorsque tout à

coup la scène change : sans cause connue, la diarrhée redevient subitement très-abondante; en même temps la prostration est portée sur-le-champ au dernier degré, et le malade meurt, présentant un ensemble de symptômes qui se rapprochent assez de ceux du choléra-morbus.

L'ouverture du cadavre montra dans l'intestin des lésions qui y existaient certainement avant l'apparition des derniers accidents. Ces lésions étaient encore très-intenses; elles étaient beaucoup plus considérables que celles que nous ont présentées d'autres individus morts avec des symptômes ataxiques ou adynamiques. Ces symptômes avaient aussi existé chez notre malade; mais ils avaient disparu, bien que la lésion intestinale fût encore très-intense, comme avait disparu chez lui la dyspnée, bien qu'à l'époque de la mort une bonne partie du parenchyme pulmonaire fût encore hépatisée. Remarquons l'état des ulcérations du cœcum, dont les bords étaient encore très-rouges, et qui étaient encore assez profondes, pour que leur fond fût constitué par la tunique musculaire dépouillée de la couche celluleuse qui ordinairement la recouvre.

Quant aux symptômes de la cinquième période, comment nous en rendre compte? furent-ils le résultat d'une récrudescence d'inflammation des ulcérations du cœcum, d'où retour d'une diarrhée abondante, résolution des forces, et mort?

Quoi qu'il en soit, en voyant cet individu reprendre des forces et marcher vers la convalescence, qui aurait pu croire qu'il avait encore d'aussi graves lésions dans l'intestin? qui aurait pu croire qu'il ne pouvait encore respirer que par une partie de son poumon? d'après l'ensemble des symptômes, soit locaux, soit généraux, qui n'aurait pas porté un bon pronostic sur la terminaison de la maladie jusqu'à la matinée du 28 décembre?

Ce malade ne fut pas saigné. Tout le traitement se borna à des vésicatoires appliqués sur les membres et sur la poitrine, à des sinapismes, à de simples boissons émollientes, auxquelles furent joints une seule fois dix grains de poudre de Dower, qui ne produisirent pas de sueur. C'est le jour où cette poudre fut administrée que la diarrhée parut pour la première fois.

XXIIe OBSERVATION (1).

Nouveau séjour à Paris. Fatigues et veilles. Lors de l'entrée à l'hôpital, symptômes de pneumonie sans expectoration; plus tard, symptômes ataxo-adynamiques. Sang très-séreux. Traitement antiphlogistique d'abord, puis tonique. Mort le trente-quatrième jour. Follicules intestinaux tuméfiés et ulcérés; escarres au fond de quelques ulcérations. Pâleur remarquable des ulcérations et des élevures; nulle rougeur dans le reste des intestins. Pneumonie. Rate volumineuse et molle.

Une femme, âgée de vingt-trois ans, arrivée à Paris depuis huit mois, domestique, fut prise sans cause connue, vers le 15 février 1822, de malaise, de fatigue : son appétit diminua, ses règles manquèrent : cependant elle continua à se livrer à ses pénibles occupations jusqu'au 2 mars. A cette époque apparurent de la toux et une douleur au côté droit. On la saigna au bras, et le lendemain de la saignée quinze sangsues furent appliquées sur l'endroit douloureux. L'état de la malade ne s'améliora pas. Elle entra à la Charité le 9 mars, et présenta, le lendemain, à la visite, l'état suivant :

Décubitus sur le dos, face pâle, un peu d'abattement, langue blanche, anorexie, abdomen légèrement tuméfié, mou, douloureux à la pression dans le flanc droit ; deux ou trois selles ; toux sans expectoration, douleurs vagues dans la poitrine ; par la percussion on reconnaît un son mat, latéralement, à droite et à gauche au-dessous de la mamelle ; à droite la respiration ne s'entend pas ; à gauche elle est râlante ; pouls fréquent, serré ; peau chaude et sèche. (*Tisane d'orge et de violette édulcorée, potion gommeuse, saignée de trois palettes, deux vésicatoires aux jambes dans l'après-midi, diète.*)

Le sang avait une couleur moins foncée que de coutume ; il donnait au linge une teinte d'un rouge très-clair, comme si sa matière colorante eût été étendue d'une grande quantité d'eau. Presque entièrement formé de sérosité, il n'offrait qu'un caillot mince, de la largeur d'une pièce de cinq francs, et sans couenne.

Le 11, délire pendant la nuit, pouls plus faible, respiration un peu fréquente ; les autres symptômes n'ont subi aucun changement. Il nous parut vraisemblable que le son mat reconnu à droite dépendait du foie. (*Douze sangsues au côté gauche, deux sinapismes.*)

Le 12, prostration plus marquée, air de stupeur, langue blanche, mais lisse et tendant à se sécher ; soif vive ; ventre indolent, météorisé ; diarrhée plus abondante que les jours précédents, toux avec une légère expectoration catarrhale, respiration accélérée, pouls fréquent et faible, peau constamment chaude et sèche. (*Violette gommée, looch avec deux grains de kermès, poudre de Dower, embrocation sur le ventre avec l'huile de camomille ; fomentation avec l'infusion de camomille ; six sangsues derrière chaque oreille, deux vésicatoires aux cuisses.*)

Le 13, vomissement après avoir pris une dose de poudre de Dower ; délire tranquille la nuit ; langue sèche et blanche, augmentation du météorisme : mouvement continuel et involontaire du pouce de la main gauche. Même état du reste. (*Fomentations et embrocations comme les jours précédents ; lavement de camomille avec cinq gouttes d'huile essentielle d'anis et douze grains de camphre ; douze sangsues sur le côté gauche de la poitrine, quatre sur chaque jugulaire.*)

Le 14, prostration de plus en plus grande ; la langue blanche, et en même temps sèche

(1) Recueillie par M. Descieux. — Nous saisissons avec plaisir cette occasion pour témoigner notre reconnaissance à ce jeune médecin, qui, dans le cours de nos recherches, n'a cessé de nous aider de son zèle et de ses lumières.

et encroûtée, persistance du météorisme et de la diarrhée, toux plus rare, profonds soupirs de temps en temps; pouls très-fréquent, faible et tremblant. (*Infusion aqueuse de quinquina acidulée avec l'acide sulfurique, édulcorée avec le sirop d'œillet, limonade minérale, une tasse de vin.*)

Le 15, nuit assez calme, sans délire; respiration plus haute et bruyante, pouls plus résistant, escarre commençante au sacrum, de la largeur de la paume de la main. (*Large vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine, qui reste mat.*)

Le 16, même état. (*Friction avec l'alcool camphré.*)

Les 17 et 18, la langue, les lèvres et les dents sont noirs et encroûtés; ventre très-ballonné, diarrhée modérée, pouls très-fréquent et très-faible; l'on ajoute à la prescription des jours précédents une potion faite avec six onces de quinquina et une once de sirop de quinquina.

Le 19, la malade ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent; délire tranquille, face très-pâle, langue recouverte de croûtes noires, pâle au-dessous de celles-ci et dans leurs intervalles; le météorisme a fait des progrès : quatre ou cinq selles involontaires depuis vingt-quatre heures. (*Même prescription.*)

Le 20, yeux ternes, presque éteints, sueur de la face, respiration bruyante, pouls à peine sensible. Mort à onze heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

22 *heures après la mort.*

Embonpoint ordinaire, muscles poisseux.

Crâne. Les méninges et la substance cérébrale ne sont nullement injectées; le cerveau a sa consistance ordinaire; un peu de sérosité limpide existe à la base du crâne et dans le canal rachidien.

Thorax. Son diamètre vertical est très-rétréci à droite par le foie, qui remonte jusqu'à la quatrième côte. Le poumon de ce côté n'offre qu'un léger engouement à sa partie postérieure. Le lobe inférieur du poumon gauche, au contraire, est compacte, dur, imperméable à l'air, hépatisé en rouge. Dans la scissure interlobaire du poumon de ce côté, on trouve une fausse membrane récente d'une ligne d'épaisseur. Le cœur, décoloré et flasque, a un volume proportionné à la taille du sujet, ses cavités droites contiennent un caillot dépouillé de matière colorante.

Abdomen. L'estomac est médiocrement distendu par des gaz et des liquides. Sa surface interne présente deux couleurs distinctes; la portion splénique est rosée. Cette couleur réside dans la muqueuse un peu boursouflée; le reste de l'estomac est blanc.

La surface interne des petits et des gros intestins est d'une blancheur remarquable. Dans le quart inférieur de l'intestin grêle existent quelques ulcérations arrondies, du diamètre d'une lentille, dont les bords blancs, coupés à pic, sont formés par la muqueuse légèrement boursouflée, et dont le fond, également très-blanc, présente à nu les fibres de la couche musculaire. Dans l'étendue d'un demi-pied, au-dessus de la valvule, ces ulcérations deviennent confluentes, plus larges et plus irrégulières. Le fond et les bords offrent du reste la même disposition. Le fond de quelques-unes est recouvert en partie par une couche molle, d'un gris jaunâtre, fortement adhérente (escarre de la membrane muqueuse). Entre ces ulcérations l'on aperçoit deux ou trois élevures, du volume d'une lentille, et blanches comme le reste de la membrane muqueuse, aux dépens de laquelle elles sont formées. Les ganglions mésentériques, qui correspondent aux ulcérations, sont rouges et tuméfiés; la rate est molle et volumineuse.

Séjour à Paris depuis peu de temps, fatigues et veilles prolongées, état de langueur et de malaise général précédant l'invasion de la maladie, en formant comme le prodrôme, et pouvant être rapporté, comme chez le sujet de l'observation XXI, à un épuisement de l'innervation; bientôt symptômes d'une phlegmasie pulmonaire, qui semble céder à deux émissions sanguines, l'une locale, l'autre générale; lors de l'entrée à l'hôpital, et les jours suivants, air de stupeur remarquable, engourdissement physique et moral, délire par intervalles, accroissement rapide de la prostration, sécheresse et en même temps pâleur de la langue, selles involontaires, fréquence et petitesse extrême du pouls, délire permanent et carphologie dans les derniers temps, tels furent les principaux phénomènes observés chez cette malade. Dans le principe, traitement antiphlogistique; plus tard, traitement éminemment tonique et stimulant. A l'ouverture du cadavre, mêmes lésions que dans toutes les observations précédentes; seulement il y a ici une circonstance remarquable : c'est l'absence complète de rougeur ou de toute autre coloration insolite, soit dans les ulcérations elles-mêmes, soit autour d'elles.

Rapprocherons-nous de cette remarquable décoloration de la muqueuse intestinale, la pâleur, non moins remarquable, que présenta la langue pendant la vie? elle ne rougit pas lorsqu'elle se sécha, et plus tard, lorsque des croûtes noires épaisses la recouvraient, elle présentait encore une grande pâleur dans les intervalles que ces croûtes laissaient entre elles.

La nature du sang tiré de la veine est digne de remarque. Nous avons vu qu'il était presque entièrement formé d'une sérosité très-claire. Quelle immense différence entre ce sang séreux, presque sans fibrine ni matière colorante, et celui qui forme dans le vase où il est reçu un caillot volumineux et dense, que recouvre souvent une couenne plus ou moins épaisse! cependant il y avait ici une inflammation étendue du poumon. Ainsi un sang d'une nature particulière, très-peu riche en matériaux nutritifs et excitants, circulait dans les vaisseaux de cette femme : ce sang ainsi modifié n'a-t-il pas eu sa part dans la production de plusieurs symptômes? ne pouvait-il pas nous traduire l'état des forces de l'individu? ne pouvait-il pas nous aider à prévoir d'avance la

nature, la forme et le danger des phénomènes qui se développeraient par suite de la double affection de l'intestin et des poumons? ne devait-il pas enfin apporter quelque changement dans les méthodes thérapeutiques? En voyant le sang si différent de lui-même, soit dans les diverses maladies, soit dans une même maladie, attaquant des individus placés, par leur tempérament, leur âge, leur manière de vivre, dans des circonstances dissemblables, comment nous refuserions-nous à admettre que la raison des symptômes fondamentaux ou accidentels de toute maladie doit être aussi bien cherchée dans le sang que dans les solides? Si les anciens avaient vu souvent, dans les maladies qu'ils appelaient fièvres malignes ou putrides, un sang pareil à celui qui sortit de la veine de la femme qui fait le sujet de cette observation, ils ont eu raison de dire qu'il y a dans ces maladies un état de dissolution du sang (1). Mais ils ont eu tort, s'ils ont émis cette assertion d'une manière générale, s'ils ont voulu établir que cette dissolution du sang est un élément nécessaire, indispensable de la production de ces fièvres : car dans beaucoup de nos observations, il s'en faut que le sang nous ait présenté un pareil caractère. Ainsi, dans le scorbut, souvent on a vu le sang complétement privé de la faculté de se coaguler; mais bien souvent aussi on l'a trouvé, dans cette maladie, aussi bien coagulé que dans toute autre affection.

La pneumonie fut annoncée ici par des symptômes moins tranchés que chez le sujet de l'observation XXI. L'expectoration fut toujours celle du simple catarrhe, la respiration ne parut véritablement gênée que pendant les dernières quarante-huit heures; la douleur aiguë que le malade ressentit dans les premiers temps au côté droit du thorax, la matité de la poitrine dans une grande étendue de ce côté, due au foie très-développé, auraient pu induire en erreur sur le siége de la phlegmasie pulmonaire.

Comme dans la plupart des autres observations, le cerveau n'offrit aucune lésion appréciable, bien que le malade eût eu beaucoup de délire. Les fonctions des organes peuvent donc être lésées sans que ces

---

(1) *In febribus petechialibus, sanguis valdè fluidus, serosus ac solutus est.* (Hoffmann, *Medic.....*, édit. in-4o., pars IV, sect. 1, cap. 10.) — *In acutis et continuis febribus, sanguis fluidissimus comparet, planè non in coagulum concrescens.* (Ibid., cap. 10).

Grant a aussi observé un pareil état du sang chez les individus atteints de fièvres pétéchiales. (*Recherches sur les fièvres*, tom. II.)

organes eux-mêmes présentent dans leur texture aucune altération sensible. Aussi nous paraît-il bien difficile d'annoncer d'une manière précise dans quel état on trouvera le cerveau chez les individus qui, pendant le cours des fièvres graves, ont eu du délire et d'autres symptômes nerveux. En effet, parmi plusieurs individus qui ont présenté ces symptômes, on trouve chez les uns (et ce n'est pas le plus petit nombre) le cerveau et ses enveloppes dans un état d'intégrité parfaite; chez d'autres, la substance cérébrale paraît généralement plus consistante; chez un troisième, elle est injectée, parsemée d'une infinité de points rouges qui sont les orifices d'autant de petits vaisseaux; chez un quatrième, des concrétions albumineuses existent dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la surface supérieure du cerveau ou de sa base; chez un cinquième, les ventricules sont remplis par une quantité plus ou moins considérable de sérosité trouble ou limpide. D'une autre part, combien de fois n'avons-nous pas vu les ventricules pleins d'une quantité au moins égale de sérosité, chez des individus qui avaient succombé sans présenter jamais le moindre trouble dans leurs facultés intellectuelles, sensoriales et locomotrices!

XXIIIe OBSERVATION.

Épistaxis au début. Symptômes ataxo-adynamiques dès les premiers jours; diarrhée pendant tout le cours de la maladie. Sangsues; vésicatoires; antispasmodiques stimulants (assa-fœtida, musc, etc.) Mort le treizième jour. Ulcérations de l'intestin grêle. État sain du gros intestin. Épanchement de sang dans les tuniques de l'estomac, dans les muscles des parois abdominales, dans les plèvres et dans le péricarde.

Une jeune fille de dix-sept ans fut prise, le 14 juillet 1820, d'une abondante épistaxis, qui reparut les jours suivants. En même temps diarrhée, malaise général. (*Application de sangsues à la région iliaque droite.*)

État du 19. Face pâle; air étonné; réponses pénibles, incertaines; langue rouge et sèche à sa pointe; ventre indolent et souple; persistance du dévoiement; pouls faible, peu fréquent; peau sans chaleur; abondante épistaxis cette nuit. (*Eau d'orge; lavement de lin.*)

Le 20, déglutition difficile; stupeur plus grande. (*Deux vésicatoires aux jambes.*)

Le 21, la malade était couchée la tête légèrement renversée en arrière; ses yeux fermés s'ouvraient lorsqu'on lui parlait, mais ne se fixaient sur aucun objet; elle ne répondait point, bien qu'elle entendît et parût comprendre. Elle se découvrait continuellement, se plaignait et poussait de temps en temps des cris perçants; alors sa physionomie prenait l'expression de la plus vive douleur: souvent le thorax se soulevait, et les épaules étaient jetées en arrière par un mouvement brusque. Les deux mâchoires fortement serrées l'une contre l'autre, comme dans un commencement de tétanos, ne permettaient pas de voir la langue. Toutes les boissons qu'on essayait d'introduire dans la bouche étaient rejetées convulsivement. Trois ou quatre selles liquides; pouls

petit, à peine fréquent ; peau fraîche. (*Deux lavements de graine de lin avec addition de vingt grains d'assa-fœtida dans chaque potion, avec six onces d'infusion de tilleul et dix grains de musc ; orge.*)

Le 22, abondant écoulement de sang par les gencives ; d'ailleurs, pas de changement notable. (*Quatre demi-lavements de camomille, avec un scrupule d'assa-fœtida, et dix grains de musc dans chaque ; deux vésicatoires aux cuisses.*)

Le 23, amélioration sensible : face plus naturelle ; réponses aux questions en balbutiant ; efforts infructueux pour montrer la langue ; elle est sèche et lisse. (*Deux nouveaux vésicatoires au-dessous de ceux appliqués la veille ; d'ailleurs, même prescription.*)

Le 24, aspect de plus en plus naturel de la face : la malade comprenait très-bien toutes les questions ; elle y répondait tantôt par signes, tantôt par des paroles très-peu distinctes. La langue était sèche et brunâtre ; les gencives saignaient ; la déglutition se faisait bien ; la malade accusait une chaleur brûlante tout le long du pharynx et de l'œsophage ; le pouls était sans fréquence, la peau sans chaleur. (*Même lavement ; collutoire acidule.*)

Le 25, la malade semblait n'avoir que le degré d'intelligence ordinaire à un enfant de sept à huit ans, et s'exprimait comme lui ; la mâchoire inférieure était agitée d'un tremblement semblable à celui qui a lieu dans le frisson fébrile ; la température de la peau s'était élevée, et le pouls avait acquis de la fréquence.

Le 26, l'état d'excitation des jours précédents était remplacé par une assez forte prostration ; les lèvres et la langue étaient encroûtées de fuliginosités ; quatre selles liquides involontaires avaient eu lieu ; la respiration était accélérée pour la première fois ; le pouls conservait sa fréquence. (*Tisane d'orge gommée ; potion avec huit grains de musc, collutoire avec le miel rosat et l'acide muriatique.*)

Dans la journée, la respiration devint de plus en plus gênée, et la malade succomba comme asphyxiée à cinq heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Encéphale très-sain, ainsi que ses enveloppes ; épanchement d'un liquide rouge très-foncé dans le canal rachidien. La moelle n'était d'ailleurs nullement comprimée, ses membranes avaient leur aspect naturel.

Épanchement abondant d'un liquide rouge dans le péricarde et dans les deux plèvres, qui ne présentaient non plus aucune trace d'inflammation. Poumons engoués et crépitants.

Large ecchymose entre les fibres des muscles droits un peu au-dessus des pubis.

L'estomac, distendu par des gaz, était généralement injecté à sa surface interne. Le long de sa grande courbure et sur sa paroi postérieure, existaient plusieurs plaques d'un rouge brunâtre dues à une infiltration sanguine du tissu cellulaire sous-muqueux. L'intestin grêle était blanc jusqu'à deux pieds environ au dessus du cœcum ; dans ce dernier espace, touché d'abord extérieurement, il était dur, bosselé, considérablement épaissi en plusieurs points : ceux-ci correspondaient à autant d'ulcérations, dont le fond grisâtre était formé par le tissu lamineux considérablement épaissi. Dans l'étendue de quatre à cinq pouces au dessus de la valvule on n'observait plus qu'une seule et vaste ulcération.

Le cœcum et le reste du gros intestin étaient très-blancs.

Si nous avions trouvé sur tous les cadavres des malades précédents

des désordres aussi graves que ceux qui nous furent présentés par l'intestin grêle de cette jeune fille, nous aurions pu facilement établir un rapport entre les lésions découvertes par l'autopsie et les symptômes observés pendant la vie. Les ulcérations étaient ici remarquables et par leur étendue et par leur profondeur ; il n'y avait plus aucune trace de l'exanthème qui les avait précédées, et cependant il n'y avait que treize jours que la maladie avait commencé. D'abondantes épistaxis en marquèrent le prodrôme ; dès le principe, l'affection intestinale se révéla par de la diarrhée. Peu de jours après l'invasion, il y avait déjà un air de stupeur très-prononcé : chaque jour les symptômes nerveux se dessinaient davantage ; la langue, d'abord rouge, sécha et se noircit ; au milieu de ces nombreux et graves phénomènes, on put constater une absence complète de fièvre ; le pouls n'acquit de la fréquence, et la température de la peau ne s'éleva que deux jours avant la mort. Ainsi, dans ce cas, la phlegmasie grave dont le tube digestif était atteint, se développa et arriva jusqu'à l'ulcération, sans qu'il en résultât aucun trouble dans la circulation : on a d'ailleurs peine à croire qu'une pareille lésion ait pu se former sans qu'aucune douleur l'ait jamais annoncée, sans que le ventre se fût jamais ballonné : c'est pourtant ce qui eut lieu.

Remarquons combien la tendance aux hémorragies était grande chez ce sujet. La muqueuse nasale, le tissu des gencives, l'arachnoïde rachidienne, les deux plèvres, la séreuse du péricarde, le tissu cellulaire sous-muqueux de l'estomac, le tissu cellulaire intermusculaire des parois abdominales, furent tout à tour ou simultanément le siége d'abondantes exhalations sanguines.

XXIVe OBSERVATION.

Au début, fièvre continue légère. Plus tard, symptômes ataxo-adynamiques dont l'apparition coïncide avec une épistaxis. Sangsues, vésicatoires ; quinquina le dernier jour. Mort le dix-septième jour. Ulcération dans l'iléum et le cœcum. Rate volumineuse.

Un tonnelier âgé de quarante-cinq ans, présentait depuis onze jours les symptômes d'une fièvre continue peu intense ; il n'avait pas de dévoiement ; il avait été traité par les simples délayants. Le onzième jour (31 octobre 1821), il eut une abondante épistaxis. Ce même jour, son pouls devint plus fréquent, sa langue rougit et se sécha, le ventre se ballonna. (*Vingt sangsues à l'anus.*)

Le douzième jour, le pouls, assez développé les jours précédents, était remarquable par sa petitesse ; la peau était sans chaleur ; la langue était brune. Aussi, malgré la saignée à l'anus, l'état du malade avait empiré. L'indication la plus pressante à remplir paraissait être de relever les forces ; un vésicatoire fut en conséquence appliqué à

l'une des jambes. Son emploi était d'autant mieux indiqué, qu'aucune réaction n'existait à la peau. La boisson était la tisane d'orge miellée. Le malade délira toute la nuit. Dans la matinée du 13, les idées n'étaient pas encore nettes; de nombreuses pétéchies couvraient la peau du cou et de l'abdomen; la constipation persistait. (*Tisane d'orge, limonade minérale, lavement de camomille.*)

Le quatorzième et le quinzième jour, l'état du malade empira; il délirait presque continuellement, les traits de la face s'effilaient, la langue restait brune: le ventre, ballonné, paraissait indolent; le pouls se sentait à peine, la peau était froide. (*Les mêmes boissons furent continuées; les membres furent frictionnés avec le liniment volatil cantharidé.*)

Le seizième jour, la prostration était extrême; le malade, assoupi, se réveillait avec peine et prononçait en balbutiant quelques paroles inintelligibles; les pétéchies n'étaient plus aussi nombreuses. (*Deux tasses d'infusion aqueuse de quinquina; un scrupule de camphre dans un lavement de camomille.*)

Le dix-septième jour, le malade était mourant; le ballonnement du ventre était très-considérable. Mort dans la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le cerveau et ses membranes ne présentèrent aucune altération appréciable.

Les poumons, fortement engoués, crépitaient peu; leur tissu était facilement déchirable.

L'estomac était distendu par des gaz et par des liquides; sa face interne était très-blanche, excepté dans le grand cul-de-sac où existaient deux petites taches rouges, ayant chacune, au plus, la largeur d'une pièce de cinq sous. Ces taches appartenaient à la muqueuse, qui partout ailleurs était parfaitement saine.

L'intestin grêle, y compris le duodénum, contenait une grande quantité de bile jaune qui colorait les valvules. Lavée, sa face était très-blanche jusqu'à un pied au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Dans cette étendue existaient des ulcérations dont les bords étaient élevés et bruns, et dont le fond, blanc, était formé par le tissu lamineux non épaissi. Dans les huit premiers pouces on n'en comptait que cinq ou six, ayant chacune environ la largeur d'une pièce de vingt sous; entre elles, la membrane muqueuse était blanche: dans les quatre derniers pouces ces ulcérations étaient plus nombreuses; la muqueuse, rouge dans leurs intervalles, était entièrement détruite sur la face supérieure de la valvule.

Le cœcum était parsemé d'un grand nombre de petits ulcères, ayant tous un diamètre égal, et pouvant à peine admettre une petite lentille. La muqueuse qui en formait les bords, et le tissu lamineux qui en occupait le fond, avaient conservé leur épaisseur naturelle. Entre elles, le cœcum présentait une couleur rouge qui résidait dans la muqueuse.

Le reste du gros intestin, rempli de matières fécales moulées, était parfaitement blanc.

La rate était très-volumineuse.

L'observation précédente nous montre une maladie qui, bénigne jusqu'à son onzième jour, revêt tout à coup un caractère grave, en même temps que se manifeste une abondante hémorragie nasale. L'ap-

plication des sangsues ne modère pas les accidents, la prostration rapide des forces fixe surtout l'attention : on lui oppose vainement un vésicatoire. Le treizième jour, des pétéchies apparaissent, et leur existence, à une époque où le malade n'avait encore pris que des boissons délayantes, dément l'assertion de De Haën, qui établit en principe général, que les pétéchies qui se montrent dans les fièvres graves sont toujours le résultat de l'emploi intempestif des émétiques et des purgatifs. Le délire devient continuel. Cependant on n'emploie d'autre tonique que la limonade minérale; on cherche à exciter l'action de la peau par des frictions stimulantes. L'adynamie parvient bientôt au dernier degré, et le malade succombe après avoir pris du quinquina, vingt-quatre heures seulement avant la mort.

A l'ouverture du cadavre, on trouva l'encéphale intact, bien qu'un délire complet eût existé; la muqueuse gastrique saine, bien que la langue eût été sèche et noire; et, comme dans tous les cas précédents, une lésion grave de l'intestin grêle : on ne trouvait plus dans celui-ci aucune trace d'exanthème, mais seulement des ulcérations; il y en avait aussi dans le cœcum, et cependant le malade n'avait jamais eu de dévoiement.

Noterons-nous la quantité très-considérable de bile qui remplissait l'intestin? Cette bile eût surtout fixé l'attention de Stall, et cette circonstance eût été à ses yeux d'un grand poids pour déterminer la nature de la maladie et son traitement.

XXVe OBSERVATION.

Symptômes ataxo-adynamiques. Redoublements quotidiens ressemblant à des accès de fièvre pernicieuse. Parotide. Éruption varioliforme à l'épigastre. Sangsues ; vésicatoires ; vin ; quinquina en boissons et en lavement. Mort le dix-neuvième jour. Ulcérations vers la fin de l'intestin grêle. Gros intestin sain. Injection de la muqueuse gastrique. Rate de volume ordinaire.

Un charpentier, âgé de trente-six ans, d'une très-forte constitution, fut apporté à la Charité le 24 juin 1820, dans un état de délire qui ne permit point de savoir de lui l'invasion et la marche de sa maladie. On apprit de ceux qui l'amenèrent qu'il était malade depuis neuf jours.

État du 25 : décubitus sur le dos, pommettes rouges, yeux à demi-fermés, bouche béante, lèvres noires et sèches, langue noire, sèche, fendillée ; douleur à l'épigastre et à la région cœcale par la pression, constipation ; pouls faible et très-fréquent, peau sèche et brûlante ; éruption sur l'abdomen, principalement à l'épigastre, de boutons à base rouge, dont le sommet était surmonté d'une large vésicule encore transparente dans les uns, opaque et contenant un véritable pus dans les autres. Le malade se plaignait beaucoup ; il comprenait avec beaucoup de peine les questions qui lui étaient

adressées ; il semblait avoir complétement perdu le souvenir des choses passées. (*Quinze sangsues à l'anus, un vésicatoire à une cuisse, décoction d'orge, limonade minérale.*)

Dans la journée il délira complétement. — Dans la matinée du 26, langue plus humide, une selle ; même état du reste. (*Quatre sangsues de chaque côté du cou.*)

Le 27, sueurs de la face et des extrémités supérieures ; pas de changement d'ailleurs. (*Tisane d'orge, limonade minérale, décoction de polygala, une tasse de vin.*)

Le 28, tuméfaction très-douloureuse de la parotide droite ; langue noire, point de selle; ventre souple, paraissant insensible à la pression ; les boutons de l'épigastre étaient tout blancs, varioliformes ; le pouls était petit et fréquent ; le malade était plongé dans un délire tranquille et continu. (*Même prescription.*)

Le 29, nous trouvâmes la face, le cou et les membres thoraciques couverts de sueur comme le 27.

Le 30, le délire persistait, la prostration augmentait, le pouls, très-fréquent, était d'une petitesse extrême, la peau brûlante ; la langue restait sèche et brune ; le ventre était souple, la constipation opiniâtre ; la parotide se développait de plus en plus. (*Un lavement de quinquina fut ajouté à la prescription des jours précédents.*) — A quatre heures du soir, l'œil était éteint, à moitié fermé ; soubresauts de tendons très-multipliés, carphologie, marmottement continuel.

Dans la matinée du 1er juillet, la face avait une expression plus naturelle ; l'œil, moins terne, s'ouvrait de temps en temps ; le malade poussait, par intervalles, de profonds gémissements ; il faisait effort pour répondre aux questions, mais ne pouvait rien articuler ; il montrait assez facilement sa langue lorsqu'on le lui demandait ; elle était sèche, noire, fendillée. Point de selle. Parotide plus grosse et plus dure. (*Même prescription.*) — A deux heures après midi, face cadavéreuse, dilatation passive des buccinateurs à chaque expiration, marmottement continuel, pouls très-faible, et trop fréquent pour pouvoir être compté.

Le 2 juillet, cet état d'agonie persistait. (*Infusion aqueuse de quinquina, orge, limonade minérale, deux sinapismes.*)

Nous crûmes que le malade succomberait dans la journée ; cependant quel fut notre étonnement lorsque, dans la matinée du 3, nous trouvâmes une amélioration sensible ! la face, en particulier, avait un bien meilleur aspect ; le malade comprenait les questions, mais n'y répondait point ; il tirait lentement et avec peine sa langue : elle était humide, visqueuse, mais noire. Les dents étaient nettoyées, la peau était sans chaleur, le pouls faible ; même état de la parotide ; dessiccation d'une grande partie des boutons de l'épigastre. (*Même prescription.*)

A quatre heures du soir, la face avait repris de nouveau un aspect cadavéreux ; le malade ne paraissait plus entendre les questions comme le matin ; la paupière s'abaissait à moitié sur l'œil presque éteint ; les buccinateurs se dilataient, comme la veille.

Dans la matinée du 3 juillet, une nouvelle amélioration avait eu lieu ; le malade entendait, et pour la première fois il parvint à articuler quelques mots de suite ; la langue était humide et nette, le ventre plat et indolent ; une selle avait eu lieu depuis quarante-huit heures. La parotide était très-volumineuse, une grande quantité de pus s'écoulait par l'oreille. (*Même prescription.*)

A quatre heures après-midi, le mieux du matin avait disparu ; un état tout à fait semblable à celui de la veille à pareille heure l'avait remplacé.

Le malade succomba le 4, à sept heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

25 heures après la mort.

Demi-marasme; muscles noirâtres, poisseux ; parotide faisant un relief sensible sur la partie latérale de la tête et du cou. Une grande quantité de liquide sanieux et grisâtre séparait les granulations de la glande. Immédiatement au-dessous du pavillon de l'oreille se trouvait un petit foyer purulent; on fit aisément pénétrer par ce petit foyer une sonde jusque dans le conduit auditif externe.

Crâne. Le cerveau non plus que ses membranes n'offrit rien de notable ; un peu de sérosité existait dans les ventricules ; les veines qui se rendent dans le sinus longitudinal supérieur contenaient des bulles d'air en assez grande quantité, résultat probable de la décomposition.

Thorax. Le tissu lamineux du médiastin antérieur était gonflé par des gaz qui lui donnaient une grande ressemblance avec la surface externe du poumon des reptiles ; le péricarde contenait une quantité notable de sérosité citrine; le cœur était un peu flasque, vide de sang, les poumons étaient parfaitement sains ; celui du côté droit adhérait aux côtes par des brides celluleuses anciennes : les bronches de ce côté étaient rouges.

Abdomen. L'estomac était un peu resserré sur lui-même dans sa portion pylorique; les intestins grêles avaient leur volume naturel ; le gros intestin offrait des resserrements dans divers points de son étendue; la surface interne de l'estomac était parfaitement blanche dans toute sa portion splénique ; mais la portion pylorique était fortement injectée. La surface interne du duodénum, ainsi que celle de cinq sixièmes supérieurs environ de l'intestin grêle, était tapissée par du mucus mêlé à de la bile jaune. Toute cette portion de l'intestin était d'ailleurs très-saine, blanche et transparente; en quelques points seulement existait une faible injection du réseau capillaire sous-muqueux. Dans le sixième inférieur de l'intestin grêle, la membrane muqueuse présentait cinq à six larges ulcérations à bords irrégulièrement découpés, et dont le fond, rougeâtre, était formé par la tunique musculeuse mise à nu. Entre elles, la membrane muqueuse n'était que médiocrement injectée; les ganglions mésentériques correspondants étaient d'un rouge brunâtre et tuméfiés. Le gros intestin, rempli de matières consistantes et jaunâtres, était parfaitement blanc.

La rate avait son volume ordinaire ; tous les autres viscères étaient sains.

La marche de cette maladie est digne de fixer notre attention. Aucun changement n'eut d'abord lieu, soit en bien, soit en mal, dans les premiers jours; et, vu les symptômes très-graves qui existaient, c'était déjà beaucoup que l'état du malade restât stationnaire; mais ensuite il s'établit chaque soir une sorte de redoublement, pendant la durée duquel on observait une véritable agonie. N'était-ce pas une sorte de fièvre rémittente pernicieuse, et le quinquina, donné *plenis manibus*, comme disait Piquer, avant le retour du redoublement, ne l'aurait-il pas prévenu? C'est après le quatrième redoublement que le malade succomba;

mais il est digne de remarque que la mort ne survint que le matin, époque à laquelle les symptômes immédiatement mortels de l'après-midi avaient l'habitude de cesser.

C'est surtout dans la matinée du 5 juillet qu'une dose de quinquina aurait pu être administrée dans le but que nous venons d'indiquer; car alors la langue présentait à peu près son aspect physiologique, et il y avait très-peu de fièvre.

La parotide, dont nous pûmes suivre le développement, ne fit qu'aggraver l'état du malade.

Des sueurs partielles se manifestèrent sans avantage le douzième et le quatorzième jour.

Une éruption semblable à celle qui couvrit l'épigastre n'est pas un phénomène commun dans les fièvres; elle parut n'exercer aucune influence sur la marche de la maladie.

Le délire ne put être expliqué par aucune lésion du cerveau et de ses membranes.

L'estomac lui-même ne présentait qu'un médiocre degré de phlegmasie, tel qu'on l'observe chez beaucoup d'individus qui n'ont eu aucun symptôme ataxique ou adynamique, et dont la langue surtout n'a jamais été ni sèche ni noire.

La lésion de l'intestin grêle, toujours de même nature que celle que nous ont offerte les autres observations, reste seule pour expliquer tous les symptômes.

Observons encore que chez ce malade, comme chez le précédent, une constipation opiniâtre coïncidait avec l'état sain du gros intestin.

XXVIe OBSERVATION.

Misère antécédente. Au début, céphalalgie et épistaxis répétées. Symptômes ataxo-adynamiques. Parotide. Pneumonie intermittente annoncée seulement par l'expectoration. Émissions sanguines. Révulsifs. Boissons stimulantes les derniers jours. Mort le vingt-unième jour. Ulcérations vers la fin de l'intestin grêle et dans le cœcum. Rougeur et ramollissement de la muqueuse du grand cul-de-sac de l'estomac. Injection vive du pancréas. Rate volumineuse.

Un homme, âgé de vingt ans, travailla tout l'été aux carrières des environs de Paris; il ne mangeait à peu près que du pain pour toute nourriture, et vivait assez misérablement; cependant il se portait habituellement bien. — Le 6 octobre 1821, il fut pris, sans cause connue, d'une violente céphalalgie, et d'une épistaxis abondante, qui fut arrêtée par une saignée et par des ablutions d'eau froide sur la tête.—Les jours suivants, l'épistaxis se renouvela; le malade, qui se sentait très-faible, entra le 16 à la Charité : alors la face avait un air de stupeur remarquable, l'œil était morne et abattu; le ma

lade se plaignait d'une grande faiblesse ; le décubitus avait lieu sur le dos ; la langue était rouge et sèche, la soif vive, le ventre indolent et souple. Un lavement, donné la veille au soir, avait procuré une évacuation. Les selles avaient été régulières depuis le commencement de la maladie ; le pouls était fréquent, assez développé, la peau chaude et aride. Le malade toussait, et expectorait des crachats transparents, visqueux et rouillés ; cependant la respiration paraissait libre ; la poitrine, percutée, résonnait bien partout ; la respiration s'entendait partout grande et nette ; mais la nature des crachats ne permettait pas de révoquer en doute l'existence d'une pneumonie peu étendue. On pouvait raisonnablement supposer que cette phlegmasie avait été provoquée par les ablutions d'eau froide faites sur la tête dans l'imminence d'une maladie grave : l'aspect particulier de la face, la prostration qui existait, présageaient des symptômes plus fâcheux encore. (*Tisane d'orge, un lavement de camomille, et, malgré la débilité générale, application de quinze sangsues à l'anus.*)

Le soir et pendant la nuit, le malade délira et cria beaucoup. Dans la matinée du 17 octobre (onzième jour), le délire avait cessé ; la face du malade était rouge ; son œil, habituellement fermé, ne s'ouvrait que lorsqu'on lui parlait ; la langue était sèche et brune, le ventre un peu ballonné et indolent ; une seule selle avait eu lieu depuis vingt-quatre heures ; le pouls, de fréquence médiocre, se laissait facilement déprimer ; la peau conservait sa sécheresse et sa chaleur âcre ; la toux continuait ; l'expectoration caractéristique de la veille persistait.

L'état du malade avait donc évidemment empiré : la faiblesse surtout s'accroissait rapidement. Était-il rationnel d'employer encore des sangsues ? M. Lerminier ne le pensa pas ; mais il fit appliquer deux vésicatoires aux jambes. (*Tisane et lavement comme la veille.*)

Le délire se renouvela dans l'après-midi, et persista toute la nuit.

Dans la matinée du 18, le délire n'existait plus. Nous observâmes un commencement de surdité. On fit dans la journée des embrocations sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée ; une demi-tasse de vin fut ajoutée à la tisane.

Le soir et toute la nuit le malade délira.

Le treizième jour, dans la matinée, la face était moins abattue, les yeux restaient ouverts, et avaient une expression naturelle ; l'intelligence était nette et la surdité avait augmenté ; la langue s'était humectée, les crachats avaient perdu leur teinte rouillée et leur sérosité. L'amélioration était évidente. La journée fut assez bonne ; deux selles un peu teintes de sang eurent lieu ; la nuit fut calme.

Le 20 octobre, à quatre heures du matin (quatorzième jour), la peau devint moite pour la première fois ; à huit heures une sueur générale et abondante existait ; cependant le malade était beaucoup moins bien que la veille : la langue, les lèvres et les dents étaient noires. Le malade, plongé dans le délire, avait cependant par intervalles quelques moments lucides. Un nouveau vésicatoire fut appliqué à l'une des cuisses. La sueur, qui apparaissait le quatorzième jour, bien que ne coïncidant pas avec une amélioration des symptômes, pouvait être considérée comme un effort critique de la nature, qu'il semblait indiqué de favoriser ; on prescrivit dans ce but deux tasses de tisane de bourrache avec addition de deux gros d'acétate d'ammoniaque.

La sueur continua jusqu'à onze heures et demie ; le malade fut assoupi toute la journée ; il eut une selle verdâtre liquide.

Le quinzième jour, les traits étaient profondément altérés, la peau avait repris son aridité. (*Frictions d'alcool camphré, sinapismes aux extrémités inférieures, bourrache, acétate d'ammoniaque, limonade minérale, tisane d'orge oxymélée, une tasse de vin.*)

Le seizième jour, le malade semblait un peu mieux. — Le dix-septième, la face était décomposée, le malade poussait des plaintes continuelles, il délirait, avait plusieurs

fois lâché sous lui ; on ajouta à la prescription un lavement de camomille avec un scrupule de camphre.

Le dix-huitième jour, tout avait empiré ; le pouls était filiforme, et battait plus de cent fois par minute.

Le dix-neuvième jour, tuméfaction de la parotide droite, peau froide. (*Décoction de quinquina.*)

Le vingtième jour, la parotide était énorme ; l'œil était terne, immobile, la bouche restait entr'ouverte ; une croûte noire, épaisse, couvrait la langue et les dents, le pouls ne se sentait plus, la peau était sèche et sans chaleur, les facultés intellectuelles semblaient totalement anéanties ; le malade, immobile dans son lit, les bras étendus le long du tronc, ne proférait aucune plainte, et paraissait étranger à tout ce qui se passait autour de lui ; de longs intervalles séparaient chaque mouvement respiratoire. Il resta dans cet état toute la journée ; la nuit sa respiration devint râlante, et il succomba dans la matinée du vingt-unième jour.

OUVERTURE DU CADAVRE

30 *heures après la mort.*

Le cerveau était sain. Une grande quantité de liquide séro-sanguinolent engouait les poumons.

La muqueuse de l'estomac était d'un rouge brunâtre et molle dans la portion splénique et le long de la grande courbure ; ailleurs elle était blanche et consistante.

Le tiers supérieur de l'intestin grêle présentait une assez vive injection du tissu sous-muqueux ; le tiers moyen était très-blanc : dans le tiers inférieur la muqueuse était rouge, opaque et très-molle. A deux pieds au-dessus du cæcum, commençaient à apparaître des ulcérations arrondies, de la largeur d'une pièce de dix sous, dont les bords étaient formés par la muqueuse brunâtre et boursouflée, et le fond par le tissu lamineux, blanc dans quelques-unes, rouges dans d'autres, et en général peu épaissi. Plus près du cæcum, ces ulcérations devenaient plus nombreuses, et semblaient se confondre ; l'une d'elles, à fond et à bords brunâtres, occupait toute l'étendue de la face supérieure de la valvule.

La muqueuse du cæcum était d'un rouge plus vif que celle de l'intestin grêle ; elle était évidemment épaissie. Non loin de la valvule, elle présentait six ou sept petits points ulcérés, pouvant à peine admettre une tête d'épingle ordinaire. Le reste du gros intestin offrait une couleur généralement blanche, qu'interrompaient, d'espace en espace, des plaques rouges, ayant, terme moyen, la largeur d'une pièce de trente sous, et dont la couleur résidait dans la muqueuse.

La rate, gorgée d'un sang noir, avait le double de son volume ordinaire.

Les tuméfactions de la parodite dépendaient en grande partie de l'engorgement séro-sanguinolent du tissu cellulaire interposé entre ces lobules.

Le pancréas était aussi vivement injecté.

La couleur rougeâtre de ces deux glandes contrastait d'une manière frappante avec la pâleur de l'autre parotide et des glandes sous-maxillaires.

Le mauvais régime auquel avait été soumis cet individu avant l'invasion de sa maladie ; les épistaxis abondantes qui en signalèrent le début ;

la co-existence d'une pneumonie avec un haut degré de prostration, d'où résultaient dans le traitement des indications opposées ; la sueur du quatorzième jour, précédée d'une amélioration sensible, mais accompagnée et suivie d'une exaspération non moins manifeste ; l'apparition le dix-neuvième jour d'une énorme parotide qui ne fut que symptomatique, et la mort le vingt-unième, telles sont plusieurs des circonstances les plus remarquables de cette maladie.

La pneumonie, combattue par une seule application de sangsues et par des vésicatoires, céda facilement ; on n'en trouva plus de trace à l'ouverture du cadavre.

On n'eut recours à une médication un peu tonique que dans les derniers temps. Jusqu'alors c'était seulement en réveillant l'action de la peau par des vésicatoires, des sinapismes et des frictions, qu'on avait cherché, soit à soutenir et à relever les forces, soit à diminuer, par des révulsions multipliées, les congestions internes.

L'intensité des lésions des voies digestives fut dans ce cas en rapport avec la gravité des symptômes.

Aucune altération appréciable de l'encéphale n'expliqua le délire, d'abord passager, puis continu, la surdité et les autres phénomènes nerveux.

XXVIIe OBSERVATION.

Stupeur et surdité dès les premiers jours. État naturel de la langue au milieu des symptômes d'adynamie. Disparition subite de la surdité. Paralysie de la vessie ; gangrène de la verge et du sacrum. Sangsues à l'anus ; vin, quinquina, camphre. Mort le vingt-deuxième jour. Ulcérations de la fin de l'intestin grêle et du cœcum. Couleur brune et mollesse de la muqueuse gastrique. Pointillé rouge du cerveau. Pneumonie. Rate peu volumineuse.

Un homme de vingt-sept ans, d'une faible constitution, ressent, le 28 octobre, sans cause connue, un malaise général. Le 30, surdité, fièvre, même état jusqu'au 2 novembre. Il entre alors à la Charité ; vingt sangsues sont appliquées à l'anus dans la matinée du 3. Le 4, la fièvre est aussi forte que la veille : la surdité est très-grande ; la langue est humide et vermeille ; le ventre indolent ; les selles sont ordinaires; la face a un air de stupeur remarquable ; les mouvements sont lents et pénibles. Ces derniers symptômes, ainsi que la surdité, annonçaient le début d'une fièvre ataxo-adynamique. (*La peau fut frictionnée avec le liniment volatil; un lavement de camomille camphrée fut prescrit.*) Du 5 au 6 novembre, l'état du malade resta à peu près le même. (*Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes.*)

Le 9 (onzième jour), la surdité disparut tout à coup ; mais dans la journée la vessie fut à son tour frappée de paralysie ; une tumeur globuleuse, formée par ce réservoir rempli d'urine, s'élevait au-dessus du pubis : le malade fut sondé.

Le 10 novembre, la paralysie de la vessie persistait ; l'accablement avait augmenté.

Le malade était plongé dans un assoupissement dont on avait peine à le tirer ; la langue conservait son humidité, et le pouls sa fréquence. (*Limonade vineuse, lavement de camomille camphré, frictions avec le liniment volatil cantharidé, deux bouillons.*)

Le 11, le prépuce, irrité peut-être par les attouchements que nécessitait l'introduction de la sonde, fut trouvé frappé de gangrène : la peau du sacrum présentait une couleur rouge brunâtre ; la prostration était plus considérable ; le malade ne répondait qu'en balbutiant ; la langue s'était séchée et brunissait ; le pouls était très-faible. (*Deux verres d'infusion aqueuse de quinquina furent ajoutés à la prescription de la veille.*)

Le 12, le dévoiement survint.

Le 13, des symptômes de pneumonie se manifestèrent ; la respiration était devenue fréquente, courte, pénible ; le malade toussait beaucoup sans cracher. La percussion fit reconnaître un son mat à la partie latérale inférieure gauche du thorax ; l'escarre de la verge s'était étendue ; la peau du sacrum était noire ; les forces se prostraient de plus en plus ; le dévoiement continuait. (*Même prescription, et de plus un vésicatoire sur le côté gauche.*)

Depuis le 14 jusqu'au 18 novembre, jour de sa mort (vingt-deuxième jour de sa maladie), cet individu fut dans un état de délire continuel ; la gêne de la respiration devint de plus en plus considérable; la langue fut alternativement sèche et humide, brune et vermeille ; le dévoiement continua ; la paralysie de la vessie cessa ; l'escarre de la verge ne s'étendit pas. L'escarre du sacrum, détachée, laissa à sa place un vaste ulcère à fond grisâtre. La face se décomposa, le pouls cessa de battre, les extrémités se refroidirent, et le malade succomba dans un état de dyspnée extrême. (*Les mêmes médicaments furent continués jusqu'à la fin.*)

OUVERTURE DU CADAVRE

48 heures après la mort.

Le cerveau, de consistance ordinaire, était piqueté d'un assez grand nombre de points rouges. Deux cuillerées à café de sérosité limpide existaient dans chacun des ventricules latéraux. Les méninges étaient un peu injectées.

Le cœur était pâle et vide de sang. Le lobe inférieur du poumon gauche, d'un rouge brunâtre, n'était plus perméable à l'air ; son tissu, très-mou, se déchirait comme celui de la rate. Le lobe supérieur de ce poumon et la totalité du poumon droit étaient engoués d'une énorme quantité de sérosité sanguinolente.

L'estomac était distendu par des gaz. La muqueuse, dans le grand cul-de-sac, présentait une couleur brunâtre et une mollesse extrême; les cryptes muqueux du duodénum étaient très-développés ; l'intestin grêle contenait une grande quantité de bile jaune. L'on y voyait une injection sous-muqueuse médiocre; la muqueuse elle-même était intacte. Mais, dans l'étendue d'un demi-pied environ au-dessus du cœcum, la face interne de l'intestin présentait d'abord quelques taches brunes isolées; plus bas, elle était uniformément brunâtre. Cette couleur résidait dans la muqueuse épaissie et ramollie. Dans ce même espace existaient cinq petites ulcérations, de la largeur d'une pièce de cinq sous, dont le fond, blanchâtre, était formé par le tissu lamineux à peine épaissi. La face interne du cœcum et de tout le colon offrait une injection médiocre de la muqueuse et du tissu lamineux subjacent. Non loin de la valvule cœcale, s'observait une petite ulcération isolée, semblable à celle de l'intestin grêle. Les ganglions mésentériques étaient bruns et tuméfiés.

La rate était peu volumineuse.

La gangrène de la verge n'occupait que le prépuce.

Au sacrum, la peau était détruite en hauteur, depuis le coccyx, jusqu'au niveau des premières vertèbres lombaires, et en largeur, dans toute l'étendue du diamètre transversal du sacrum. Cet os était en grande partie à nu. Au fond de cette large plaie se voyait un détritus noir d'où s'exhalait une odeur infecte; tout autour la peau était décollée, dans l'étendue au moins de trois à quatre pouces.

Ce n'est plus que par le lieu qu'occupent les ulcérations qu'on peut ici présumer qu'elles avaient été précédées par un engorgement exanthémateux des follicules; elles sont petites, et elles n'ont plus même la forme des plaques de Peyer; mais la membrane muqueuse qui les entoure est plus altérée que dans la plupart des observations précédentes; il en est de même de la membrane muqueuse d'une partie de l'estomac. L'injection du cerveau est ici en rapport avec le délire intense qui exista dans les derniers jours; mais dans combien d'autres cas n'avons-nous pas observé un semblable délire, sans qu'on trouvât dans le cerveau aucune trace de congestion sanguine!

Du reste, il y avait chez ce sujet bien d'autres causes de maladie et de mort. Le vaste ulcère dont le sacrum était le siége, l'hépatisation d'une grande partie du poumon gauche, l'inflammation gangréneuse du prépuce, étaient autant de circonstances qui devaient singulièrement augmenter le danger de l'affection intestinale. N'est-ce pas d'ailleurs une circonstance remarquable que l'irritation légère, déterminée par l'introduction de la sonde dans la vessie, suffit chez cet individu pour produire rapidement la gangrène d'une partie du pénis? il suffit aussi d'un décubitus assez peu prolongé sur le dos pour que la peau du sacrum se gangrénât, et qu'un vaste ulcère succédât rapidement à la chute de l'escarre. Certes, de pareilles gangrènes ne peuvent pas s'expliquer par l'intensité de l'irritation locale; elles supposent une disposition toute spéciale, semblable à celle qui, à l'occasion de la lésion locale la plus légère, produit chez certains individus une prostration subite, et tous les phénomènes qui révèlent cette prostration. N'est-ce pas une pareille disposition qui vient à se créer en nous, lorsque certains poisons appelés septiques sont introduits dans le torrent circulatoire? les charbons qui se développent dans ce dernier cas deviennent comme le caractère anatomique de la maladie; mais il est bien clair que loin de le causer, ils ne sont eux-mêmes qu'un effet.

Les symptômes nerveux apparurent ici presque dès le début de la

maladie. La surdité se montra en particulier de très-bonne heure; elle fût un des premiers phénomènes qui pût faire prévoir le développement d'une maladie grave. Après avoir duré quatre jours, cette surdité disparut tout à coup, et en même temps la vessie fut frappée de paralysie; en même temps aussi les parties de la peau qui avaient été irritées commencèrent à se gangrener. C'est au milieu de ces divers phénomènes, qui semblent indiquer une dépression des forces, qu'apparaissent les signes d'une phlegmasie pulmonaire. Pourquoi, dans un pareil état, la langue, par une sorte d'exception à la loi que nous avons pu déduire des faits précédents, resta-t-elle presque toujours dans un état à peu près naturel? contre tous ces accidents un traitement antiphlogistique était-il indiqué? Je ne le pense pas, et d'ailleurs on peut voir que les sangsues appliquées à l'anus dans les premiers temps ne furent suivies d'aucun résultat avantageux : nous ne dirons pas qu'elles déterminèrent la prostration; mais nous ferons remarquer seulement que, le lendemain de leur application, la surdité avait augmenté, ainsi que la stupeur et la difficulté des mouvements; la perte de sang n'avait donc eu au moins aucune influence favorable. Il n'y eut pas dans ce cas d'épistaxis, comme chez plusieurs des malades précédents. Quant aux révulsifs cutanés, nous ne voyons pas non plus qu'ils aient été utiles.

XXVIIIe OBSERVATION.

Diarrhée au début; plus tard fièvre, sécheresse et rougeur de la langue; délire intermittent; coma. Vésicatoires; boissons délayantes; quinquina le dernier jour. Mort le trentième jour. Ulcérations de la fin de l'intestin grêle. Estomac sain. Pneumonie. Rate volumineuse.

Un maçon, âgé de seize ans, d'une faible constitution, avait du dévoiement depuis trois semaines, lorsqu'il entra à la Charité (4 septembre 1820). Depuis plusieurs jours il s'était alité. Il avait gardé la diète et bu de l'eau d'orge. Nous le trouvâme dans l'état suivant :

Face un peu abattue; paresse dans les mouvements; réponses lentes; langue blanche, un peu sèche, rouge à la pointe; anorexie, soif médiocre; bouche pâteuse; ventre indolent, mais ballonné; plusieurs selles liquides dans les vingt-quatre heures, pouls fréquent et de force ordinaire; peau chaude. (*Eau de riz avec le sirop tartareux; lavement émollient; trois bouillons.*) Le malade alla plusieurs fois à la selle. Il délira pendant la nuit.

Dans la matinée du 6, langue rouge et un peu sèche, soif vive, ventre toujours indolent et ballonné; même état du pouls et de la peau. Le délire reparut la nuit.

Le 7, même état. (*Deux vésicatoires aux cuisses.*) Ils n'empêchèrent pas le délire d'être très-violent dans la nuit du 7 au 8; cinq selles liquides, très-abondantes, eurent lieu.

Le 8, assoupissement, mais intégrité de l'intelligence, amaigrissement de la face; altération profonde des traits; continuation du dévoiement; pouls petit, plus fréquent; peau peu chaude. (*Vésicatoire sur l'abdomen; boissons et lavements émollients; bouillons en petite quantité.*)

Dans la soirée et toute la nuit le malade délira encore.

Le 9, les yeux restaient fermés et s'ouvraient lentement lorsqu'on parlait au malade. Les réponses étaient lentes et incertaines; l'altération des traits avait augmenté. Langue sèche, d'un rouge vif à sa pointe; pouls petit, médiocrement fréquent; peau sans chaleur; pâleur de la surface du vésicatoire de l'abdomen. (*Décoction de riz; potion composée ainsi qu'il suit:*

Eau de tilleul.	*4 onces.*
Eau de menthe.	*1 once.*
Diascordium.	*1 gros.*
Extrait mou de kina.	*demi-gros.*
Sirop d'œillet.	*1 once.*

Retour du délire pendant la nuit.

Le 10, face cadavéreuse, réponses lentes, mais justes; parole embarrassée, langue sèche; lèvres fuligineuses; diarrhée moindre; respiration accélérée, suspirieuse; pouls petit, peau plus chaude que la veille. Le malade conservait encore assez de force pour se placer sur son séant. Il succomba à six heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE

14 heures après la mort.

Une quantité notable de sérosité limpide existait à la base du crâne; les ventricules n'en contenaient point. Rien autre chose de remarquable dans l'appareil nerveux.

Le lobe inférieur du poumon gauche était en hépatisation rouge. Ce même lobe présentait en arrière des taches noirâtres, des sortes d'ecchymoses qui n'existaient qu'à la superficie du viscère.

L'estomac était blanc dans toute son étendue, ainsi que les deux tiers supérieurs environ de l'intestin grêle. La partie supérieure du tiers inférieur était injectée, et présentait des plaques plus rouges. Plus bas, l'on observait des ulcérations nombreuses à bords élevés et arrondis. Les plus petites auraient pu à peine recevoir une tête d'épingle ordinaire; les plus considérables offraient à peu près la largeur d'une pièce de trente sous; le tissu lamineux qui en formait le fond était considérablement épaissi, d'un rouge livide dans les unes, présentant dans les autres une teinte d'un gris brunâtre qui semblait le produit de la gangrène. Ces ulcérations étaient d'autant plus rapprochées et d'autant plus étendues qu'on les observait plus près de la valvule iléo-cœcale. Les portions de membrane muqueuse qui les séparaient étaient injectées. La surface interne du cœcum offrait une teinte rouge livide très-foncée. La membrane muqueuse du colon, dans toute son étendue, et celle du rectum, étaient aussi injectées et présentaient, d'espace en espace, des plaques plus rouges.

La rate était très-volumineuse et très-dense.

Des signes d'irritation intestinale marquèrent le début de cette maladie ; longtemps la diarrhée exista, sans être accompagnée d'aucun autre symptôme grave. La lésion des voies digestives réagit enfin sur le reste de l'économie, et alors apparurent les symptômes d'une fièvre grave. L'altération que présenta l'intestin après la mort était semblable, par sa nature et par son siége, à celle que nous avons trouvée dans toutes les observations précédentes. Dans toutes, cette altération ne diffère que par l'intensité; et ce qu'on ne saurait trop remarquer, c'est que ce n'est pas toujours l'intensité de l'altération qui décide de la gravité des symptômes. Ici encore, comme dans bien d'autres cas, la rougeur et la sécheresse de la langue ne sont pas expliquées par l'état de l'estomac, qui se montre parfaitement sain.

Lorsque le malade entra à la Charité, il paraissait être déjà dans un état de profond épuisement; il s'affaiblit de plus en plus, et après avoir présenté du délire par intervalles, il tomba dans un état comateux, au milieu duquel il succomba. L'examen de l'encéphale ne rendit pas compte de ces symptômes cérébraux.

Tandis que, du côté du système nerveux, il y avait eu des désordres fonctionnels, sans désordres, anatomiquement appréciables, des organes de l'innervation, il y avait, au contraire, du côté des voies respiratoires, une lésion grave de l'organe, sans qu'il y eût eu pendant la vie désordre de ces fonctions; ce ne fut que quelques heures avant la mort qu'on observa quelque gêne dans la respiration.

Le traitement émollient, suivi exclusivement pendant les premiers temps, n'empêcha pas la maladie de marcher, les révulsifs ne furent pas plus utiles; on ne retira non plus aucun avantage des médicaments toniques, employés seulement quarante-huit heures avant le terme fatal.

XXIXe OBSERVATION.

Diarrhée au début. Plus tard, fièvre, symptômes adynamiques ; délire combattu par les sangsues aux apophyses mastoïdes. Apparence d'amélioration à la suite d'un traitement tonique ; mort vers le trentième jour par hémorragie intestinale. Ulcérations de la fin de l'intestin grêle et du cœcum.

Un serrurier, âgé de vingt-huit ans, avait depuis trois semaines une abondante diarrhée, lorsqu'il entra à la Charité, le 21 novembre 1822. Il était alors dans un grand état de faiblesse ; la langue était très-sèche, l'intelligence obtuse, le pouls fréquent, facilement déprimable; la peau chaude ; quelques taches pétéchiales étaient éparses sur l'épigastre ; le face exprimait la stupeur. (*Tisane d'orge ; diète absolue.*)

Les jours suivants, la prostration augmenta, les taches se multiplièrent, les évacuations

alvines commencèrent à être involontaires ; du délire survint, il fut combattu par des applications de sangsues derrière les oreilles. Les simples délayants furent continués ; deux vésicatoires furent appliqués aux jambes le 26. L'état adynamique était parvenu le 30 au plus haut degré : face livide, yeux éteints, affaissement de l'intelligence, pouls très-fréquent, peau peu chaude, langue très-sèche ; selles involontaires, très-abondantes, séreuses. (*Deux nouveaux vésicatoires aux cuisses ; potion composée de cinq onces d'eau de tilleul, d'un gros d'extrait sec de quinquina, et d'une once de sirop d'œillet.*)

Dans les premiers jours du mois de décembre, les forces se relevèrent un peu ; la face prit un aspect meilleur. (*Même traitement.*) Le malade succomba inopinément dans la nuit du 9 au 10.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Viscères du crâne et du thorax sains.

Injection peu considérable de la muqueuse gastrique dans sa portion splénique.

Rien de remarquable dans le duodénum et dans le tiers supérieur de l'intestin grêle. De gros caillots de sang noir remplissaient les deux tiers inférieurs. Au-dessus d'eux, la muqueuse ne présenta, jusque dans l'étendue d'un pied au-dessus du cœcum, qu'une forte coloration due à l'imbibition sanguine. Plus bas existaient de nombreuses ulcérations pressées les unes contre les autres. Immédiatement au-dessous de la valvule cœcale l'on ne trouvait plus aucune trace de sang. Le cœcum était rouge, et présentait cinq à six ulcérations. Le reste du gros intestin n'offrait qu'une légère rougeur, disposée par plaques nombreuses.

Cette observation ressemble à la précédente, et par la forme de son début (diarrhée dans les deux cas), et par plusieurs de ses symptômes, et par la nature des altérations trouvées dans l'intestin. Elle en diffère par l'accident rare qui la termina, à une époque où, pendant l'administration du traitement tonique, il semblait que le malade marchât vers un état meilleur. Aucune lésion spéciale ne rendit compte de cette abondante et subite hémorragie ; elle ne fut même annoncée pendant la vie par aucune selle sanguinolente.

Nous avons vu une semblable hémorragie terminer les jours de trois autres individus également atteints de fièvres graves, et dans l'intestin desquels existait l'exanthème ci-dessus décrit, soit simple, soit déjà avec ulcération. Dans ces trois cas, l'hémorragie avait été annoncée par la grande quantité de sang que les malades rendirent par l'anus peu d'heures avant de succomber. Nous avons observé un autre exemple d'une semblable hémorragie chez un élève en médecine qui succomba aussi, mais dont nous ne fîmes point l'ouverture. Il était atteint depuis plusieurs jours d'une fièvre continue, qui, d'abord d'apparence bénigne, avait été

ensuite accompagnée d'abondantes épistaxis et d'une stupeur de fâcheux augure. C'est dans cet état qu'il rendit pour la première fois une selle composée d'une grande quantité de sang noir, très-fétide, aussi pur que celui que la lancette aurait fait sortir d'une veine. Les jours suivants, il eut plusieurs selles semblables. A la suite de ces évacuations, il tomba dans une prostration qui devint de plus en plus considérable, et au milieu de laquelle il succomba. Ce malade est un de ceux dont nous avons parlé plus haut, et chez lesquels nous vîmes s'ulcérer les piqûres d'un certain nombre de sangsues qui avaient été appliquées à l'épigastre.

Au lieu d'être exhalé par la membrane muqueuse de l'intestin grêle ou du gros intestin, comme chez l'individu qui fait le sujet de cette observation, le sang est fourni, chez d'autres, par la muqueuse gastrique, et on a vu alors des individus, atteints de fièvres graves, vomir une matière noire, semblable à du marc de café, telle qu'elle est vomie soit dans la fièvre jaune, soit dans certaines affections cancéreuses de l'estomac. Le cas suivant, recueilli par M. Dalmas à la clinique du professeur Chomel, offre un exemple de ce genre.

XXXe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris; grandes fatigues. Diminution progressive des forces; puis diarrhée, fièvre, symptômes ataxo-adynamiques. *Vomissement noir.* Traitement antiphlogistique. Ulcérations intestinales. Infiltration sanguine de la muqueuse gastrique. Épanchement de sang sous-péritonéal et entre les muscles droits. Rate volumineuse et molle. Sang liquide.

Un marchand de parapluies, âgé de trente-deux ans, entra à la Charité le 26 décembre 1828.

Cet homme, grand et fort, à poitrine large, d'un embonpoint assez marqué, brun de cheveux, d'une peau fine et blanche, à peine velue, bien portant d'ordinaire, à Paris depuis quatre mois seulement, était souffrant et mal à son aise depuis seize jours : obligé d'aller par les rues chargé de parapluies, marchant et criant toute la journée pour son commerce, il n'indiquait d'autre cause de sa maladie qu'une extrême fatigue. Peu à peu ses forces avaient diminué, le soir surtout il était comme épuisé; enfin des frissons irréguliers le saisirent, et, à partir du 15 décembre, il lui fallut garder le lit. Dès ce moment, fièvre, céphalalgie, courbature, affaissement physique et moral. Le 16, par le conseil d'un de ses amis, il prend du vin chaud : coliques et diarrhée les jours suivants. Le 25, veille de son entrée, six selles liquides.

Le 27 au matin, décubitus dorsal, prostration, débilité musculaire très-prononcée, le malade peut à peine s'asseoir; il entend et répond assez bien; céphalalgie frontale, visage coloré, peau et langue sèches, voix rouillée, toux, râle sibilant; crépitation légère en arrière et à droite seulement, là où le son est un peu moins clair. Soif vive, inappétence, douleur abdominale vague, plus intense à l'épigastre, trois selles liquides pendant la nuit; le ventre est large, mou, sans sonoréité ; point de sudamina, point de

taches lenticulaires, fièvre. (*Saignée de huit onces; solution de sirop de groseilles; fomentations émollientes, diète absolue.*)

Le 28, mêmes symptômes plus intenses; la langue rougit et se sèche; adynamie complète. Le malade s'est presque laissé tomber en voulant se lever pour aller à la garde-robe.

Le sang de la saignée offre une légère couche couenneuse; il y a sur l'abdomen trois petites taches à peine rosées, sans élevures. (*Même prescription, moins la saignée, lavement simple.*)

Le 29 et le 30, agitation la nuit, délire peu profond; le jour, tête assez présente, commencement de stupeur, langue rugueuse, fendillée; évacuations involontaires. (*Même prescription.*)

Le 31, obtusion des sens; altération du teint, qui devient jaunâtre. La diarrhée augmente; même crépitation à gauche et à droite. Le pouls est tombé à quatre-vingt-seize pulsations. (*Même prescription.*)

Le 1er janvier, même état. (*Seconde saignée de huit onces.*)

Le 3 et le 4, météorisme, dyspnée, réponses précises, point de nouvelles taches d'escarres. (*Petit-lait émulsionné, solution de sirop de groseilles; de chaque, trois pots.*)

Dans la journée du 4, somnolence, rêvasseries; le soir, vomissements d'une matière liquide noire, comparée par l'infirmier à du marc de café; déglutition pénible. Mort le 5, à quatre heures du matin, sans s'être plaint du ventre, sans autre tension de cette partie que celle peu considérable due au météorisme déjà signalé.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Roideur très-marquée, habitude extérieure naturelle, vergeture à la partie postérieure.

Le cerveau est ferme, dense, un peu piqueté de sang, exempt de ramollissement, de suppuration, d'altération appréciable; les veines de la pie-mère sont injectées, et forment à la surface du cerveau un lacis noir considérable.

Il y a quelques gouttes de sérosité dans les ventricules latéraux.

Les muscles sont en général d'un rouge brun, non poisseux, bien développés; les deux muscles droits de l'abdomen, dans leur moitié inférieure, sont le siége d'une infiltration sanguine, dont il sera parlé tout à l'heure.

Coloration rouge assez forte de l'aorte et des gros vaisseaux contenus dans la poitrine.

Le cœur, dont le tissu est pâle, est en même temps mou, flasque, ce qui dépend de l'affaissement de ses parois et de la dilatation de l'une de ses cavités (le ventricule droit); dilatation, au reste, peu considérable.

Les caillots existants dans le cœur sont jaunes et mous.

Le sang est noir et liquide presque partout.

Le poumon gauche est mou, léger, crépitant; ses bronches offrent une teinte brune.

Le poumon droit est à sa partie postérieure manifestement engoué, un peu ramolli; le doigt y pénètre avec facilité.

L'œsophage et la bouche n'offrent rien de remarquable. L'estomac est le siége des altérations suivantes:

Sur la face postérieure, coloration d'un brun verdâtre, semée de petits points noirs qui, en regardant mieux, paraissent être autant de petites ulcérations dont la membrane muqueuse est criblée; cependant on l'enlève aisément par lambeaux de plusieurs lignes, preuve de la fermeté de cette membrane et aussi du ramollissement du tissu

sous-muqueux ; ce tissu est d'un brun presque noir, manifestement infiltré de sang. Au-dessous, la musculeuse est pâle ; on ne peut donc attribuer les apparences précédentes au contact de la rate, qui a coloré seulement la séreuse.

Le pourtour de cette coloration verdâtre de l'estomac est d'un rouge assez vif. Çà et là dans l'estomac, stries filamenteuses, noirâtres, dues au mélange des mucosités avec la matière noire exhalée pendant la vie.

Le duodénum et le jéjunum paraissent sains ; ce n'est que vers la valvule iléo-cœcale que l'on commence à apercevoir les plaques de Peyer. Il y en a sept ou huit qui sont ulcérées, et la lésion est d'autant plus marquée qu'on approche davantage du cœcum. Le gros intestin présente une affection analogue des follicules disséminés à sa surface. Près de la valvule, ces follicules paraissent environnés d'une auréole brune ; en grattant avec le scalpel, on enlève la membrane muqueuse ramollie ; mais on n'en enlève pas la tache qui appartient au tissu même du follicule, et qu'on aperçoit très-bien à l'extérieur ; en s'éloignant du cœcum, ces taches deviennent de plus en plus rares ; vers le rectum on ne distingue plus que des follicules blancs, saillants à la surface de la muqueuse, sans injection, sans coloration, ni ulcération. Les glandes mésentériques sont engorgées, brunes ; quelques-unes sont presque diffluentes. La rate, qui a sept à huit fois son volume ordinaire, est noire, molle, réduite en putrilage ; les doigts y pénètrent sans effort. Le pancréas est coloré en brun à l'intérieur comme à l'extérieur ; mais son tissu ne paraît pas autrement lésé.

Le foie est plus jaune qu'à l'ordinaire ; la bile est claire, peu visqueuse, assez abondante.

Les reins, volumineux, sont d'un rouge brun, et cette couleur est plus marquée au pourtour des cônes, dont leur parenchyme est formé à l'intérieur.

La vessie et le reste de l'appareil génito-urinaire sont dans l'état normal ; mais, au sommet de la vessie, le tissu cellulaire, placé entre cette poche et la paroi abdominale, est infiltré de sang ; cette infiltration est plus marquée à mesure qu'on approche des muscles droits ; elle s'étend en remontant jusqu'au milieu de leur hauteur, où elle constitue une collection véritable, une couche épaisse d'une matière grumeleuse noire, amassée entre la séreuse, la face postérieure du muscle et ses différents faisceaux. Je n'ai pu constater l'état des vaisseaux épigastriques, ni de l'un ni de l'autre côté.

Cette observation est surtout remarquable par les hémorragies qui eurent lieu à la fois et dans les muscles des parois abdominales, et dans l'épaisseur même de la muqueuse gastrique, dont la surface libre fournit le sang qui fut vomi, le jour de la mort, sous forme de *matière noire*. Ces hémorragies coïncidèrent avec un état liquide du sang ; remarquons toutefois que le sang tiré de la veine pendant la vie fut loin de présenter cette sorte de tendance à la dissolution, qu'offrit la sang observé sur le cadavre.

Par l'étude des symptômes comme par celle des causes on eût été conduit à admettre qu'à son début la maladie consista dans un trouble primitif de l'innervation. L'irritation intestinale ne devint appréciable qu'à dater du jour où du vin chaud fut ingéré dans l'estomac ; et dès l'épo-

que de l'entrée du malade à l'hôpital, il y avait déjà une prostration très-remarquable, qui ne fit que s'accroître à la suite des émissions sanguines.

XXXIe OBSERVATION.

Pleurésie au début; saignées abondantes. Entrée à l'hôpital dans un état d'anémie; médication tonique; apparence d'amélioration; puis retour des symptômes graves, et mort. Ulcérations de la fin de l'intestin grêle; injection de la muqueuse gastrique. Sang liquide. Rate petite et dense.

Un homme de vingt-sept ans environ fut apporté à l'hôpital de la Charité, le 1er décembre 1822, dans le dernier degré de la prostration adynamique: pâleur cadavérique de la face et des lèvres: yeux éteints, à moitié recouverts par la paupière: pouls très-fréquent, filiforme: peau sans chaleur: abolition complète des facultés intellectuelles: langue très-pâle et sèche. Nous apprîmes que ce malade avait eu, trois jours auparavant, un point de côté, que depuis quarante-huit heures il avait été saigné trois fois, et qu'on lui avait appliquée quatre-vingts sangsues. Ce malade était menacé de succomber très-prochainement dans un état anémique; M. Lerminier pensa qu'il était urgent de chercher à relever les forces. (*Infusion aqueuse de quinquina, potion aromatique avec addition d'un gros d'éther, lavement de camomille avec addition d'un scrupule de camphre; deux vésicatoires aux jambes; frictions aromatiques.*)

Le lendemain, nous trouvâmes une amélioration très-sensible: face plus naturelle, moins pâle; quelques réponses assez nettes aux questions; pouls relevé; peau moite et d'une douce chaleur; langue blanche, humide; ventre indolent; une selle; quelques soubresauts des tendons. Le traitement tonique semblait réussir; il fut continué.

Le 3, propos incohérents; plaintes continuelles; cependant, réponses justes au milieu de son délire; face toujours très-pâle, ainsi que la langue; constipation. (*Lavement de quinquina et de serpentaire, de chaque une once, et camphre un scrupule.*)

Le 4, intelligence plus nette, bégayement; il semble que le malade ne soit pas maître de diriger les mouvements de sa langue; pouls toujours fréquent et faible, peau sans chaleur. (*Même prescription.*)

Du 5 au 9, le malade marcha lentement vers un état meilleur. Les forces se relevèrent un peu; le pouls devint moins fréquent, la peau se maintint à une bonne température; la langue reprit un aspect naturel; le ventre était souple, indolent, et les selles, bien que rendues involontairement, étaient rares et formées de matières bien consistantes. Le malade ne délirait pas, à proprement parler, mais son intelligence était très-faible; il parlait et raisonnait comme un enfant. L'infusion de quinquina, la limonade minérale, la potion aromatique éthérée, les frictions sur les membres, le lavement de kina, de serpentaire et de camphre, furent continués.

Mais le 10 décembre, l'amélioration progressive des jours précédents disparut. L'altération qu'avaient subie les traits de la face nous annonça surtout ce funeste changement. La langue, qui, la veille était encore humide et d'une bonne couleur, était sèche comme un morceau de parchemin. La température de la peau s'était élevée. (*Même prescription.*)

Le 11, délire, fréquence extrême du pouls; plus de cent quarante battements par minute.

Le 12, face cadavéreuse; extrémités froides; pas de pouls aux deux bras; même état de la langue; cris et plaintes continuelles; mort le soir.

OUVERTURE DU CADAVRE

16 heures après la mort.

Absence complète de graisse sous-cutanée; muscles poisseux et livides.

Cerveau pâle, exsangue, ainsi que ses enveloppes. Deux onces de sérosité limpide à la base du crâne.

Flocons albumineux, membraniformes, épars sur les plèvres costale et pulmonaire du côté droit, sans liquide épanché. Hépatisation rouge en plusieurs points du lobe inférieur du poumon gauche.

Cœur flasque, décoloré, contenant une petite quantité de sang noir liquide, ainsi que l'aorte.

Surface interne de l'estomac rouge dans la portion splénique. Cette rougeur avait son siége dans la membrane muqueuse elle-même vivement injectée, mais ayant conservé son épaisseur et sa consistance ordinaire. De grosses veines gorgées de sang rampaient dans le tissu lamineux.

Surface interne du duodénum et du reste de l'intestin grêle légèrement colorée par de la bile jusque dans son cinquième inférieur. Dans ce dernier espace commençait à apparaître une assez vive rougeur, d'abord par plaques isolées, puis continue dans l'étendue d'un pied et demi au-dessus du cœcum. Là, existaient trois petites ulcérations superficielles, pouvant admettre chacune un centime au plus, et dont le fond présentait une couleur grisâtre qui ne disparaissait point par le lavage. Le cœcum était aussi vivement injecté; le reste du gros intestin était blanc et rempli de matières dures. La rate était remarquable par son petit volume et par son extrême densité.

Les ulcérations de l'iléum sont ici très-peu considérables : autour d'elles on ne trouve aucun follicule développé ; mais il y a en divers points de la membrane muqueuse gastro-intestinale une rougeur plus vive que chez d'autres sujets. Les flocons membraniformes trouvés dans la plèvre démontrèrent l'existence de la pleurésie, qui paraissait avoir été chez cet individu la première maladie. Les saignées abondantes qui avaient été faites coup sur coup pour combattre cette pleurésie, avant que le malade n'entrât à l'hôpital, pouvaient avoir contribué à le jeter dans l'état adynamique très-prononcé qu'il présenta la première fois que nous le vîmes ; un traitement tonique fut essayé : il sembla d'abord réussir ; on le continua, et pendant que le malade prenait du quinquina, de la serpentaire, du camphre, de l'éther, le pouls se ralentit, la langue revint à son état naturel, la face prit un aspect meilleur, le ventre resta souple et indolent; seulement il y avait toujours une grande faiblesse, l'intelligence était celle d'un enfant, et des selles involontaires avaient lieu. Tout à coup cette amélioration progressive cesse, la langue se sèche

de nouveau, le délire survient; le pouls prend une fréquence extrême, et c'est au milieu de cette sorte de recrudescence que le malade succombe. Quelle en fut la cause? Les ulcérations de l'iléum existaient très-vraisemblablement avant le 10 décembre; vraisemblablement aussi elles étaient déjà formées à l'époque où le malade entra à l'hôpital, et l'on peut admettre qu'en même temps que son état s'améliora, les ulcérations intestinales diminuèrent d'étendue; elles étaient donc probablement en voie de guérison, lorsque nous les examinâmes. Irritée par le contact prolongé des stimulants, la membrane muqueuse gastro-intestinale vint-elle tout à coup à s'hypérémier le 10 décembre? est-ce seulement de ce jour que date le développement de la rougeur que nous trouvâmes en plusieurs points de l'estomac et des intestins? survenue chez un individu déjà fort affaibli, cette congestion détermina-t-elle l'apparition des symptômes ataxo-adynamiques graves des derniers jours?

Nous noterons encore dans cette observation,

1° L'état exsangue du cerveau et de ses enveloppes, coïncidant avec une certaine quantité de sérosité accumulée à la base du crâne;

2° L'état liquide du sang;

3° Le petit volume et la densité de la rate, que dans la plupart des autres observations nous avons trouvée si volumineuse et si molle.

XXXIIe OBSERVATION.

Au début, symptômes de fièvre inflammatoire. Émissions sanguines. Apparition de symptômes ataxo-adynamiques, qui s'aggravent pendant l'administration de médicaments stimulants. Ulcération du cæcum. Sang liquide.

Un jeune homme, de 20 ans environ, entra à l'hôpital avec les symptômes d'une fièvre inflammatoire intense. (*Deux saignées du bras furent pratiquées dans les premières quarante-huit heures.*)

La forte réaction générale qui existait disparut à la suite de cette double émission sanguine; mais un air de stupeur se répandit sur les traits, les idées se troublèrent; la langue brunit et tendit à se sécher; l'abdomen se météorisa; les selles étaient ordinaires. Pendant trois ou quatre jours on ne donna d'abord que l'eau d'orge; durant cette médecine expectante, l'affaiblissement devint de plus en plus grand; la sécheresse de la langue augmenta : un délire complet s'établit. Le pouls, assez résistant, était très-fréquent, et la peau brûlante. Le 1er novembre deux vésicatoires furent appliqués aux jambes, et douze grains de camphre furent donnés dans un lavement de guimauve.

Le 2 et le 3, l'intelligence fut plus nette; mais l'état adynamique faisait des progrès. Des évacuations alvines involontaires avaient lieu fréquemment; la peau avait perdu sa chaleur; la face était immobile et plombée; les yeux à demi-fermés; des croûtes noires couvraient la langue, les lèvres et les dents. (*Limonade minérale; limonade vineuse;*

infusion aqueuse de quinquina, embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre.)

Le lendemain 4, le malade était dans un état demi-comateux. Il répondait cependant d'une manière assez nette, mais en balbutiant. Il accusait des douleurs abdominales que la pression augmentait; le pouls était très-fréquent, encore assez peu déprimable; la chaleur de la peau n'avait point augmenté; la langue présentait le même aspect; d'abondantes selles, rendues involontairement, avaient lieu; le ballonnement du ventre persistait. (*Même prescription.*)

Du 4 au 12, l'immobilité des traits, le teint plombé, la faiblesse de l'intelligence, sans délire proprement dit, l'affaissement général, devinrent chaque jour plus prononcés. L'encroûtement noir de la langue, le ballonnement du ventre, la diarrhée, persistèrent; le pouls, qui conservait toujours de la force, devint de plus en plus fréquent. Nous comptâmes successivement, du 9 au 13, cent huit, cent douze, cent quatorze, cent vingt, cent trente-une pulsations.

Le 14, les battements artériels étaient tellement précipités qu'ils ne pouvaient plus être comptés. Leur force persistait. La respiration était devenue haute, précipitée; la face était cadavéreuse; lorsqu'on pressait fortement l'abdomen, quelques sons inintelligibles et prononcés d'une voix éteinte s'échappaient de la bouche du malade. Il succomba dans la journée. Le même traitement avait été continué; de nouveaux vésicatoires avaient été appliqués aux cuisses.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Intégrité des organes du crâne et du thorax. Sang noir, liquide, dans le cœur et dans les gros vaisseaux.

Abdomen. La surface interne de l'estomac présentait dans le grand cul-de-sac une injection qui n'était point assez considérable pour enlever aux parois de l'organe leur transparence accoutumée. Cette injection résidait à la fois et dans le tissu lamineux, et dans la muqueuse elle-même. Celle-ci avait conservé sa consistance et son épaisseur ordinaire.

L'intestin grêle, ouvert dans toute son étendue, ne présenta ni rougeur ni aucune autre lésion.

Immédiatement au-dessous de la valvule iléo-cœcale existait une ulcération assez large pour admettre un écu de trois livres, à bords bruns, formés par la muqueuse, et à fond blanc formés par le tissu lamineux non épaissi. Dans toute l'étendue du cœcum et dans le commencement du colon ascendant la membrane muqueuse était brune et molle; elle était blanche et bien consistante dans le reste du gros intestin.

Rien de remarquable dans les autres viscères.

Chez cet individu, comme chez plusieurs des malades précédents, l'état de l'estomac était loin d'être en rapport avec l'état de la langue. Le reste du canal digestif était infiniment moins lésé que chez d'autres qui avaient présenté cependant à peu près le même ensemble de symptômes. Ainsi voilà encore un cas où l'intensité de l'altération des organes ne répond point à la gravité de la maladie. Après deux larges émissions sanguines,

pratiquées au début, l'on vit un état adynamique succéder assez rapidement à l'état de réaction générale ; l'adynamie augmenta sous l'influence d'une simple médecine expectante ; les toniques donnés ensuite ne furent pas plus efficaces. Le pouls offrit jusqu'au dernier moment une résistance qui semblait en désaccord avec l'ensemble des autres symptômes. Cette seule circonstance devait-elle être un obstacle à l'administration des toniques? Sa fréquence de plus en plus grande, fut pour nous un indice de la terminaison que devait avoir la maladie.

Il n'y eut du délire que momentanément ; il se dissipa pour ne plus revenir, après que des révulsifs eurent été appliqués sur les extrémités inférieures. Pendant le reste de la maladie l'on observa plutôt un affaissement qu'une perversion des facultés intellectuelles.

On ne trouva ici dans l'intestin grêle aucune trace de cette lésion des follicules que nous avons trouvée dans toutes les observations précédentes ; mais le cœcum était gravement affecté. L'ulcération dont il était le siége avait-elle succédé à une maladie des follicules ? On ne peut que le conjecturer.

XXXIIIe OBSERVATION.

Symptômes ataxo-adynamiques. Sangsues, vésicatoires, boissons délayantes. Ulcérations de la valvule iléo-cœcale et du cœcum. Perforation de l'estomac.

Un Allemand, âgé de 25 ans environ, présentait déjà un air de stupeur très-prononcé lorsqu'il entra à l'hôpital : air étonné, regard fixe, bouche béante, taciturnité, langue sèche, ventre ballonné, constipation, pouls fréquent et plein, peau chaude. (*Seize sangsues au cou ; lavement émollient ; tisane d'orge.*)

Les deux jours suivants, délire, tremblement des membres ; carphologie ; soubresauts des tendons tellement multipliés, qu'ils empêchent de sentir le pouls ; langue et dents fuligineuses. (*Application de vésicatoires aux extrémités inférieures ; tisane d'orge.*)

Mort le quatrième jour de l'entrée.

OUVERTURE DU CADAVRE

29 heures après la mort.

Substance cérébrale très-ferme ; assez forte injection des vaisseaux de la pie-mère ; quelques gouttes de sérosité dans les ventricules et à la base du crâne.

Poumons sains, ainsi que le cœur.

L'estomac, resserré, n'offrait guère que le volume du colon ; sa surface interne était médiocrement injectée. La portion du grand cul-de-sac en rapport avec la rate présentait une perforation d'un à deux pouces de diamètre ; ses bords étaient arrondis et réguliers ; le tissu de l'estomac, blanc autour d'elle, était en même temps singulière-

ment aminci. Il n'était d'abord formé, dans l'étendue de deux à trois lignes, que par la tunique péritonéale déchirée. Quelques gouttes d'un liquide rougeâtre existaient sur la face interne de la rate, qui, à l'endroit de la perforation, suppléait aux parois de l'estomac. Il n'y avait dans le péritoine aucun liquide épanché, aucune trace de phlegmasie.

Intestin grêle sain; larges ulcérations à fond rouge, à bords irréguliers, sur les deux faces de la valvule iléo-cœcale et dans le cœcum. Plusieurs plaques rouges dans les colons ascendant et transverse.

Les symptômes présentés par cet individu ne diffèrent pas de ceux que nous ont présentés la plupart des précédents malades ; pour les expliquer, nous trouvons dans l'intestin la lésion ordinaire ; seulement on peut remarquer ici que les ulcérations étaient bornées aux deux faces de la valvule iléo-cœcale et au cœcum ; l'intestin grêle lui-même était partout très-sain.

De plus, cette observation nous présente une lésion que nous n'avons pas rencontrée dans les autres observations. C'est une perforation du grand cul-de-sac de l'estomac, sans qu'il y ait d'altération appréciable de cet organe hors du lieu même de la perforation. Bouchée par la rate, elle avait pu se faire, sans qu'aucun liquide s'épanchât de l'estomac dans le péritoine. L'observation suivante va nous offrir un cas dans lequel l'estomac se serait très-vraisemblablement aussi perforé, si l'individu eût vécu plus longtemps.

XXXIVe OBSERVATION.

Symptômes de méningo-encéphalite. Ulcérations intestinales, ramollissement des parois de l'estomac. Traitement par les émissions sanguines et les purgatifs.

Une femme, âgée de 24 ans, accouchée il y a sept mois, ayant nourri pendant trois mois, n'ayant pas vu ses règles depuis, fut attaquée, il y a quinze jours, sans cause connue, d'un violent mal de tête qui ne l'a pas quittée. Le 17 avril on lui fit une saignée de pied : elle prit un pédiluve. Le mal de tête n'en alla pas moins en augmentant.

Le 18, mal de tête plus violent que jamais ; pupilles dilatées ; yeux fermés, engourdissement dans les membres. (*Petit lait avec un gros de nitre; lavement purgatif; bain de pied; dix-huit sangsues au cou.*)

19, le mal de tête est assez violent pour que la malade se plaigne continuellement et pousse même des cris ; rétraction de la lèvre, dont la grande commissure droite se porte en haut ; dilatation des pupilles ; bourdonnement d'oreilles ; la vue n'est pas troublée ; pouls peu fréquent, ventre souple et indolent ; la malade pâlit et rougit par moments ; langue un peu jaune ; urine rare ; pas de selle ; les mouvements des bras semblent incertains. (*Dix-huit sangsues autour des oreilles, deux sinapismes aux pieds; lavement purgatif; petit-lait avec nitrate et acétate de potasse, de chaque un gros.*)

20, délire hier presque toute la journée sans intervalle lucide jusqu'à dix heures du soir. A cette époque, la malade avale sa potion d'un trait, s'endort et ne se réveille qu'à six heures du matin. Ce matin, plaintes moins fortes que la veille; affaissement plus grand; regard étonné; sensibilité émoussée; elle répond avec peine aux questions; pupille moins dilatée qu'hier, pouls petit, faible, peu fréquent; chaleur médiocre à la peau; ventre souple et indolent; selles abondantes. (*Vésicatoire à la nuque; petit-lait avec nitrate et acétate de potasse, de chaque un gros; deux lavements purgatifs*.)

21, la malade ne répond plus du tout aux questions; la sensibilité de la rétine semble très-faible; car l'œil reste fixe, quoiqu'on passe avec rapidité le doigt devant lui. Elle voit cependant, car elle considère ses doigts; de temps en temps la paupière supérieure s'abaisse à moitié au-devant du globe de l'œil; les joues pâlissent et rougissent tour à tour; une sueur froide en découle; la commissure droite des lèvres est tirée en haut; pas de plaintes, l'usage des facultés intellectuelles paraît d'ailleurs suspendu; le pouls faible, petit et peu fréquent, au moment où j'aborde la malade, a acquis de la fréquence lorsque je la quitte; ventre souple; selle à la suite du lavement; on n'en a donné qu'un. (*Petit-lait avec crème de tartre soluble, demi-once, et manne demi-once; deux lavements purgatifs, large vésicatoire sur toute la tête.*)

22, respiration un peu stertoreuse, bouche écumeuse; de temps en temps les paupières s'abaissent à moitié sur l'œil. L'œil droit de temps en temps se dévie en haut et en dehors. Dans d'autres moments les yeux restent tout à fait fermés. Pommette gauche plus rouge que la droite. On pince assez fortement le bras droit sans que la malade donne aucun signe de sensibilité. Elle retire le bras, au contraire, et sa physionomie prend l'expression de la douleur, lorsqu'on pince le bras gauche. Du reste, elle ne profère pas la moindre parole : les selles ont été abondantes à la suite des lavements; pouls petit et peu fréquent. (*Petit-lait avec demi-once de crème de tartre et une once de manne; deux lavements purgatifs; entretenir les vésicatoires.*)

23, physionomie plus calme; œil ordinaire; respiration libre; sensibilité encore très-émoussée, pas de réponse aux questions; pouls plus fréquent qu'hier; évacuations abondantes; lorsqu'on approche le doigt de l'œil, il se détourne et se ferme. (*Dix-huit sangsues aux pieds, petit-lait avec crème de tartre, demi-once, et manne, une once; lavement purgatif.*)

24, hier dans la journée il y avait un mieux sensible; la malade parlait, répondait aux questions. Ce matin perte absolue de connaissance, la vue paraît perdue; les yeux roulent dans l'orbite, la paupière supérieure est baissée à moitié; la sueur découle du visage, qui pâlit et rougit par intervalles; carphologie; mouvements automatiques, agitation des membranes inférieures; bouche écumeuse; pouls petit, rare, sans fréquence. (*Deux sinapismes aux pieds; saupoudrer de cantharides le vésicatoire de la tête; potion gommeuse avec une once d'huile de ricin, tisane commune, lavement purgatif.*)

Morte le 24 à onze heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE

Le 26 à 9 heures du matin.

Cerveau. Les veines de la surface extérieure des hémisphères sont gorgées de sang; le système capillaire n'est pas plus injecté qu'à l'ordinaire. Trois cuillerées à peu près de sérosité sont épanchées dans chaque ventricule latéral; la substance du cerveau est d'une grande mollesse.

Les poumons sont sains partout excepté l'extrémité supérieure du poumon droit, où existe un gros tubercule.

Abdomen. De petites ulcérations à fond noirâtre, de cinq à six lignes de diamètre, bornées à la membrane muqueuse, sont éparses en assez grand nombre dans tout l'intestin grêle. Par leur forme, à elles sont tout à fait semblables celles que nous avons vues plusieurs fois succéder à la destruction des follicules de Brunner. Elles occupent surtout le tiers inférieur de l'iléum.

L'estomac incisé présente sur la surface interne de ses parois antérieure et postérieure cinq ou six érosions très-larges des membranes muqueuse, celluleuse et musculaire, de sorte que, dans ces points, les parois de l'estomac ne sont plus formées que par le péritoine, qui se laisse perforer par une pression légère du doigt. Du reste la muqueuse n'est nullement enflammée, et l'on ne sait à quoi attribuer ces érosions.

Dans aucune des observations précédentes les symptômes nerveux n'ont été aussi prononcés, aussi continus, que dans celle qu'on vient de lire. Ces symptômes ont existé dès le début ; il n'y avait rien d'appréciable du côté des voies digestives. Toutefois, ce fut seulement dans celles-ci qu'après la mort on trouva des lésions, tandis qu'on n'en découvrit pas dans les centres nerveux. Ces lésions annonçaient surtout un état morbide des follicules de Brunner, tandis que les plaques de Peyer ne présentaient aucune trace de la maladie ; c'est le seul cas de ce genre que nous ayons encore rencontré. Le ramollissement considérable dont les parois de l'estomac étaient le siége est également digne de remarque.

§ III. OBSERVATIONS SUR L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE, PARVENUE A SA PÉRIODE DE GUÉRISON.

Nous avons observé quelques cas où la mort est survenue pendant la convalescence de la maladie, et nous avons pu alors constater l'état de l'intestin. Nous avons trouvé, dans des cas semblables, trois états : 1° les follicules soit agminés, soit isolés, plus apparents que de coutume. Il n'y avait pas eu dans ce cas d'ulcération antécédente ; 2° à la place des follicules, des ulcères à fond et à bords blancs, sans épaississement de la muqueuse, et avec état sain du tissu cellulaire qui constitue le fond de ces ulcères ; 3° à la place de ces follicules agminés, un tissu cellulo-muqueux, qui semblait être de nouvelle formation, et où l'on ne découvrait encore aucun vestige de follicules. Dans ce dernier cas, il y avait eu destruction de la couche villeuse et folliculeuse, et à mesure que la maladie avait marché vers la guérison, un nouveau tissu muqueux s'était reformé, n'ayant encore ni villosités, ni follicules apparents.

XXXVe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Fièvre continue légère; plus tard, symptômes adynamiques; disparition de ceux-ci; persistance d'un léger dévoiement; puis accidents cérébraux, et mort le trente-sixième jour. Médication tonique longtemps continuée. Plaques folliculeuses de l'intestin grêle plus apparentes que de coutume; follicules du gros intestin également plus apparents.

Un tailleur sur cristaux, âgé de 22 ans, à Paris depuis sept mois, peau blanche, cheveux châtains, muscles grêles, jouissant habituellement d'une bonne santé, ressentit le 8 mai, sans cause connue, une grande fatigue, des douleurs vagues dans les membres, et une forte céphalalgie sus-orbitaire. Ces symptômes persistèrent les jours suivants. Le malade garda le repos et la diète. Il entra à la Charité dans la soirée du 13.

État du 14 : face rouge, yeux abattus; ensemble des traits présentant déjà un air de stupeur fort remarquable. Mouvements pénibles, paresse à répondre; pouls à peine fréquent, assez développé, mais irrégulier; peau chaude et moite; langue rouge, soif; persistance de la constipation. (*Tisane d'orge, lavement de lin, diète*.)

Même état le 14 et le 16. Une selle chaque jour. Toutes les trois pulsations, le pouls avait un arrêt bien marqué.

Le 17, la stupeur, l'air de prostration, s'étaient accrus d'une manière remarquable. En même temps, rougeur et sécheresse de la langue; deux selles liquides, fréquence plus grande du pouls, qui a perdu son irrégularité; chaleur brûlante de la peau. L'inflammation de la muqueuse digestive se dessinait plus fortement que les jours précédents. La stupeur considérable dans laquelle était plongé le malade contre-indiquait-elle l'emploi d'une émission sanguine, ou bien cette stupeur n'était-elle que l'effet de la phlegmasie intestinale? M. Lerminier, après avoir élevé ces questions, tenta l'application de trente sangsues à l'anus. Leurs piqûres coulèrent abondamment; une sueur copieuse survint pendant la nuit. Le lendemain 18, l'amélioration n'était pas douteuse; la face surtout avait un aspect beaucoup plus naturel; les traits s'étaient relevés; la langue s'était humectée; la fièvre avait diminué.

Le 29, les symptômes graves du 17 avaient reparu. L'heureux effet de la première application de sangsues porta M. Lerminier à en prescrire une seconde; mais cette fois, elle ne parut pas avoir un résultat aussi avantageux. A la vérité nous trouvâmes, le lendemain 20, la fièvre modérée, la langue humide et d'une bonne couleur; mais la prostration avait augmenté, la parole était un peu embarrassée, la tendance à l'adynamie était évidente. D'une autre part, les symptômes d'irritation intestinale ne paraissaient que bien légers, il n'y avait que peu de fréquence dans le pouls. Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes; deux tasses d'infusion aqueuse de quinquina furent données.

Les deux jours suivants, la langue rougit et se sécha. Une seule selle liquide eut lieu toutes les vingt-quatre heures. Le ventre conservait de la souplesse. Le quinquina fut remplacé par une décoction de polygala gommée.

Les 22 et 24, la langue s'humecta et perdit sa rougeur. Dans la soirée du 24, sueur abondante. Le 25, *sudamina* sur l'abdomen, expectoration, depuis la veille, d'une assez grande quantité de crachats jaunâtres, très-épais. Amélioration remarquable.

Les quatre jours suivants, sueurs très-abondantes, crachats copieux, puriformes. Un léger dévoiement s'établit. L'amélioration se prononça de plus en plus. (*Mêmes médicaments, quelques bouillons.*)

Le 30, le malade se plaignit d'avoir ressenti toute la nuit de fortes douleurs dans les membres. A la visite, nous le trouvâmes en sueur comme les jours précédents, mais nous observâmes que les doigts des deux mains, hors les indicateurs, étaient fortement

fléchis sur la paume. Le malade ne pouvait les étendre qu'imparfaitement et avec beaucoup de peine. Il allait d'ailleurs très-bien, n'avait pas de fièvre, et pouvait être considéré comme convalescent (*infusion de camomille*, *crème de riz, bouillons*, *une tasse de vin.*)

Du 13 mai au 3 juin, trois onces de sirop de quinquina furent données chaque jour, dans le but surtout de combattre les sueurs abondantes qui, se prolongeant outre mesure semblaient retarder les progrès de la convalescence.

Le 3 juin, le vin de quinquina fut substitué au sirop. M. Chomel, qui avait pris momentanément le service, essaya de suspendre le léger dévoiement qui persistait, en ajoutant à la tisane d'orge gommée une petite quantité d'acide muriatique.

Du 3 au 9, l'état du malade resta à peu près le même. Il se décourageait, et les forces ne se rétablissaient pas. La flexion des doigts persistait.

Le 10, la stupeur reparut ; le pouls redevint fréquent. L'on avait dit au malade que la peste régnait dans les hôpitaux de Paris. Cette fausse nouvelle le frappa vivement, et il se regarda comme voué à une mort inévitable.

Les 11 et 12, décomposition rapide des traits de la face ; légers mouvements convulsifs des muscles élévateurs de la commissure gauche des lèvres ; yeux fixes, largement ouverts ; pupilles également dilatées ; flexion des doigts ; intelligence nette ; pouls lent, langue humide et vermeille ; deux à trois selles (*même prescription*).

Dans la matinée du 13, la face avait un aspect cadavérique. Les extrémités étaient glacées. Une sueur froide ruisselait de toute la surface de la peau. Le pouls ne se sentait plus. Cependant l'intelligence conservait encore toute sa netteté. Le malade demandait continuellement à boire. La langue conservait son aspect naturel. Une épistaxis assez abondante avait eu lieu la veille au soir. Mort dans la journée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Les méninges ne présentèrent aucune trace appréciable de lésion. La substance cérébrale, soigneusement examinée, n'était ni plus injectée, ni plus molle, ni plus consistante que dans l'état ordinaire. Une cuillerée à café environ de sérosité limpide existait dans chaque ventricule latéral. On n'en trouva pas à la base du crâne. Le reste de l'encéphale et le prolongement rachidien n'offrent non plus rien de remarquable.

Thorax. Les poumons, sains, n'étaient que très-légèrement engoués à leur partie postérieure. Le cœur ne contenait qu'une petite quantité de sang noir liquide.

Abdomen. L'estomac, vu à l'extérieur, était divisé en deux portions par un rétrécissement circulaire qui existait à peu près à sa partie moyenne. Sa surface interne était blanche, la muqueuse d'épaisseur et de consistance ordinaires.

L'intestin grêle, y compris le duodénum, était très-pâle jusqu'à un demi-pied environ au-dessus du cœcum. Il présentait seulement, dans sa partie inférieure, six à sept plaques ovalaires, dont le fond, grisâtre, était parsemé d'une foule de petits points noirs pressés les uns contre les autres. Dans l'espace de six pouces au-dessus du cœcum, la muqueuse était assez vivement injectée, mais n'avait pas toutefois perdu sa transparence.

La surface interne du gros intestin, depuis le cœcum jusqu'au rectum, était parsemée d'une grande quantité de petits points noirs isolés, et non agglomérés comme dans l'intestin grêle. Autour d'eux, la membrane muqueuse faisait une légère saillie, d'où résultait une apparence tout à fait semblable à celle que présentent les cryptes muqueux de la peau lorsqu'ils ont acquis un plus grand développement que de coutume. Entr'eux, la membrane muqueuse était blanche dans plusieurs points, injectée dans d'autres.

Les autres viscères abdominaux ne présentèrent rien de remarquable.

Chez ce malade, trouvons-nous quelque lésion qui puisse nous expliquer les symptômes et la mort?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de distinguer dans cette maladie les trois périodes suivantes :

1re *Période.* Elle commence à l'époque de l'invasion et s'étend jusqu'au moment où le malade entra à l'hôpital.

2e *Période.* Commençant à ce dernier moment, elle est caractérisée par l'apparition du dévoiement, la sécheresse de la langue, les progrès de la stupeur.

3e *Période.* Elle commence le 31 mai; les signes d'une affection cérébrale prédominent; la langue a repris son aspect naturel; un peu de dévoiement persiste.

Pendant les deux premières périodes les follicules intestinaux furent très-vraisemblablement le siége d'une inflammation dont l'intensité s'accrut avec la gravité des symptômes : si à cette époque l'individu eût succombé, on aurait très-probablement trouvé les plaques de Peyer rouges, tuméfiées, et formant, à la surface interne de l'intestin grêle, ces élevures ovalaires dont les précédentes observations nous ont montré plusieurs exemples; nous aurions trouvé un peu plus tard avec cet exanthème de l'intestin grêle, de nombreux boutons rouges disséminés dans le gros intestin; nous aurions pu alors établir facilement un rapport entre les symptômes observés pendant la vie et les lésions intestinales rencontrées après la mort, et cette observation ne nous eût offert qu'une exacte répétition des précédentes. Mais ce n'est point dans ces deux premières périodes que succomba le malade; loin de là, les symptômes graves qu'il présentait alors s'amendèrent; le dévoiement diminua, la langue s'humecta; les forces se relevèrent, ce qu'on appelle l'état adynamique disparut; la lésion intestinale que nous avons vue jusqu'à présent correspondre constamment à cet état devait donc aussi diminuer; c'est effectivement ce qui eut lieu, et lorsque nous ouvrîmes le cadavre, nous n'en trouvâmes d'autre trace qu'un développement insolite des follicules de l'iléum et du gros intestin; encore un peu de temps, et ces follicules se seraient complétement effacés, ou bien ils auraient persisté, et l'individu fût resté sujet à de fréquents retours de diarrhée, sans autres symptômes graves (1).

(1) Nous avons trouvé un semblable développement des follicules intestinaux, 1° chez

La maladie marchait donc vers la guérison, lorsque survinrent de nouveaux symptômes, qui paraissaient avoir leur point de départ dans une lésion grave des centres nerveux; pour les expliquer on ne trouva aucune altération appréciable de ces centres; cependant la stupeur des traits, portée en vingt-quatre heures au plus haut degré, l'expression particulière des yeux, la contraction permanente des fléchisseurs des doigts, les mouvements convulsifs des muscles de la face, enfin la nature même de la cause à laquelle la rechute pouvait être attribuée, semblaient annoncer l'existence d'une méningite aiguë. L'on n'observait toutefois ni douleurs de tête, ni délire. Mais dans combien de variétés de méningites ne voit-on pas manquer ces symptômes!

Dans cette troisième période, un autre organe était-il le siége d'une lésion qui pût rendre raison des accidents nerveux qui la caractérisaient? Le cerveau, qu'on trouva sain, n'avait-il été que sympathiquement irrité? Ce siége, nous le cherchâmes vainement dans le reste du tube digestif, qui ne présentait d'anormal que ce développement des follicules, sur lequel nous avons déjà appelé l'attention. Telle que nous la trouvâmes, à l'époque où nous examinâmes le cadavre, il était bien évident que cette lésion des follicules n'avait pu exercer aucune influence sur les symptômes de la troisième période. Ainsi voilà un cas bien tranché où l'anatomie pathologique ne peut rendre compte en aucune façon et des désordres fonctionnels et de la mort.

Mais la maladie, bien que n'ayant laissé dans les organes aucune trace de son existence, n'en avait pas moins un siége des plus évidents; les symptômes indiquaient que ce siége résidait dans le système nerveux. Fortement impressionné par une vive émotion morale, le cerveau s'irrita, et attira à lui le peu de forces que possédait encore l'individu. De là l'accroissement de la prostration, qui fit de rapides progrès, en même temps que les centres nerveux paraissaient devenir le siége d'une vie de plus en plus active.

---

des individus qui, plusieurs mois auparavant, avaient eu une fièvre dite adynamique; 2° chez d'autres qui n'avaient jamais eu de maladie semblable, mais chez lesquels, depuis un temps plus ou moins long, existait une diarrhée chronique; 3° chez quelques autres individus qui, n'ayant jamais eu non plus de fièvre grave, n'avaient pas même eu de dévoiement dans les derniers temps de leur vie. Il est très-commun de les rencontrer dans les intestin des animaux, dans ceux des chiens, des chevaux et des moutons. Il paraît que naturellement l'appareil folliculaire intestinal est plus développé chez ces animaux que chez l'homme; aussi, ce qui est chez eux un état tout à fait physiologique, ne peut plus être regardé comme tel chez l'homme. (*Voyez*, pour la description de ces follicules dans leurs divers degrés de développement, notre *Précis d'Anatomie pathologique.*)

Portons maintenant notre attention sur quelques-uns des phénomènes de la maladie, et sur son traitement.

La langue, rouge et humide dans la première période, sèche dans la seconde, conserva dans la troisième un aspect naturel. Cependant, avec cette langue naturelle, et bien qu'à l'ouverture du cadavre l'estomac fût trouvé très-sain, une soif ardente tourmenta le malade. Cette soif semblait être sympathique de l'état du cerveau, de même que, dans d'autres circonstances, on voit le délire, les convulsions, etc., se manifester comme phénomènes sympathiques de l'état de l'estomac. La plupart des actes de la vie nutrive peuvent ainsi être augmentés, diminués, ou pervertis dans leur exercice par la seule influence du système nerveux, et sans lésion matérielle correspondante.

La constipation exista au commencement de la maladie, à une époque où très-vraisemblablement existait déjà la maladie des follicules; elle fut remplacée vers le treizième jour par un dévoiement qui ne fut jamais très-considérable, mais qui persista jusqu'à la fin.

L'abdomen fut constamment souple et indolent.

Le pouls offrit une irrégularité remarquable à une époque où la maladie ne présentait encore rien de grave. Cette irrégularité disparut à mesure que la maladie prit un caractère plus fâcheux. De ce cas, rapprocherons-nous celui d'un homme cité par De Haën, dont le pouls, intermittent dans l'état de santé, devenait irrégulier toutes les fois qu'il avait de la fièvre? En rapprocherons-nous encore le cas suivant cité par Rasori? (Fièvre pétéchiale de Gènes, observation XIV) : Chez un individu atteint de la maladie épidémique, le pouls, qui, pendant son cours, n'avait jamais été intermittent le devint à la cessation de la fièvre; l'on apprit alors de ce malade que, dans son état de santé habituel, il avait le pouls intermittent.

Le traitement fut d'abord antiphlogistique, et nous avons vu combien fût utile la première application de sangsues. Non-seulement sous son influence les symptômes de la phlegmasie gastro-intestinale s'amendèrent, mais encore la stupeur disparut, et les forces se relevèrent. A la suite de cette première émission sanguine une sueur abondante survint; mais le mieux ne fut que momentané, et la deuxième application de sangsues fut loin d'être aussi avantageuse que la première; au moins fut-elle suivie d'une augmentation rapide de la prostration. Ce résultat différent des deux saignées prouvait-il que, lorsque la première fut pratiquée, il y avait simple oppression des forces, tandis que plus

tard il existait une adynamie réelle? Brown eût vu ici un cas de cette débilité indirecte qu'il regardait comme succédant, dans la plupart des maladies, à la période sthénique. Les toniques furent alors essayés; mais à peine le quinquina eût-il été donné que la langue se sécha; on le remplaça par la racine de polygala, et pendant l'administration de cette dernière substance la langue reprit son humidité.

Cependant la maladie ne se jugeait pas; son pronostic était encore fort incertain, lorsque dans la soirée du seizième jour des sueurs abondantes et une expectoration comme puriforme s'établirent spontanément. Cette double évacuation, qui fut accompagnée d'une amélioration bien tranchée, continua à avoir lieu les quatre ou cinq jours suivants. Fut-elle critique, dans le sens que les auteurs attachent à ce mot? Nous avons vu dans les autres volumes, et nous verrons plus bas dans celui-ci un certain nombre de cas dans lesquels il y a eu une coïncidence remarquable entre l'apparition d'une sueur et le passage rapide d'un état grave de maladie à une franche convalescence; mais on voit plus rarement l'apparition de crachats coïncider avec un changement semblable. En lisant les auteurs, il est facile de voir que les crachats qu'ils ont appelés critiques ne sont le plus souvent autre chose que la terminaison naturelle d'un catarrhe pulmonaire qui compliquait la maladie, et qui se résout en même temps qu'elle. Il ne semble pas cependant que ce fût là le cas de notre malade. Il expectora tout à coup des mucosités opaques, puriformes, sans avoir présenté les jours précédents aucun symptôme d'irritation pulmonaire; mais il n'avait point été ausculté.

Notons d'ailleurs que la sueur persista au delà du temps pendant lequel elle pouvait être considérée comme critique.

XXXVIe OBSERVATION.

Au début, symptômes de fièvre bilieuse; plus tard, symptômes ataxo-adynamiques. État de plus en plus grave pendant que des émissions sanguines sont pratiquées; amélioration, en même temps que des toniques sont administrés. Mort pendant la convalescence par suite d'un phlegmon de la cuisse. Plaques folliculeuses de l'intestin grêle plus apparentes que de coutume. Développement également plus considérable des follicules du gros intestin.

Un jeune homme de dix-huit ans, d'une faible constitution, se nourrissant habituellement bien, et ne paraissant s'être livré à aucun genre d'excès, ressentit, le 15 septembre 1822, de la céphalalgie, un malaise général; il perdit l'appétit et présenta, les jours suivants, l'ensemble des symptômes d'une fièvre bilieuse (*on appliqua douze sangsues à l'anus.*) Le huitième jour, il entra à la Charité. A cette époque, la prostration avait déja fait des progrès considérables. Le malade, interrogé, répondait en bal-

butiant d'une manière à peu près inintelligible, cependant il paraissait comprendre assez bien les questions qui lui étaient adressées. Il tirait facilement la langue. Il avait eu un délire complet toute la nuit; un air de stupeur était répandu sur sa physionomie : les yeux étaient peu fixes, les pupilles contractées; langue rouge à sa pointe et sur ses bords, blanchâtre et sèche à son centre; dents encroûtées; ventre fortement ballonné; constipation opiniâtre depuis le début de la maladie; pouls fréquent, assez dur et résistant; peau chaude et sèche; respiration accélérée.

Les symptômes ataxo-adynamiques s'étaient montrés prématurément chez ce jeune homme. Cependant aucune cause débilitante ne paraissait avoir agi sur lui; la dureté du pouls éloignait l'idée d'une prostration réelle. Dans cet état de choses, M. Lerminier pensa qu'une émission sanguine était indiquée (*saignée de six onces; embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre; lavement; petit-lait tamariné; tisane d'orge*).

Le lendemain 23, la prostration était plus considérable; le malade, interrogé, ne faisait même plus effort pour répondre; il avait poussé des cris une grande partie de la nuit. Le pouls, aussi fréquent, avait perdu sa dureté : on le déprimait facilement. La langue avait le même aspect; mais elle *s'accrochait* entre les dents, où le malade semblait l'oublier. Une selle avait eu lieu; le ballonnement du ventre était moindre. Le sang tiré la veille fixa notre attention; il était formé d'un caillot mou, sans couenne, comme dissous.

L'état du malade avait évidemment empiré; le même mode de traitement fut cependant continué (*douze sangsues furent appliquées à l'épigastre, et quatre derrière chaque oreille; sinapisme mitigé, dans la soirée, à l'une des jambes; lavement de guimauve; tisane d'orge; mêmes embrocations sur l'abdomen.*)

Le 24, pouls très-fréquent et faible, peau brûlante. La vessie, distendue par l'urine, formait au-dessus du pubis, une tumeur dure et globuleuse. On fut obligé d'avoir recours à la sonde. Même état d'ailleurs (*douze nouvelles sangsues à l'épigastre, et huit au cou.*) Dans la journée, l'intelligence se rétablit un peu; la nuit fut assez calme.

Cette amélioration n'existait plus dans la matinée du 25. La langue, très-sèche, s'était fendillée à son centre; le ballonnement du ventre était extrême; une selle. Le malade, les yeux fixes et tournés en haut, la physionomie immobile, semblait plongé dans une sorte d'extase; il prononçait avec peine quelques mots inintelligibles. La peau avait perdu sa chaleur brûlante; le pouls, très-fréquent, se laissait facilement déprimer. Escarre au sacrum (*douze sangsues à l'épigastre, quatre derrière chaque oreille; même prescription du reste*).

Le 26, même état à peu près que la veille. Fuliginosités des dents et des lèvres.

Ainsi le traitement antiphlogistique, continué avec persévérance pendant plusieurs jours, n'avait produit aucun effet avantageux. Loin de là, la maladie avait sensiblement empiré chaque vingt-quatre heures, après chaque application de sangsues. Le danger était imminent; le malade allait entrer dans cette dernière période de l'adynamie, où tous les secours de l'art semblent inutiles. M. Lerminier n'hésita pas dès lors à employer les toniques (*infusion aqueuse de quinquina avec addition de deux onces de sirop d'écorces d'oranges amères; tisane d'orge; sinapisme mitigé, frictions aromatiques sur les membres, mêmes embrocations sur le ventre*).

Dès le lendemain 27, nous trouvâmes une amélioration non douteuse : l'état d'extase n'existait plus; le malade parlait et répondait assez bien; sa langue s'était humectée; le ventre était plus souple; trois selles eurent lieu (*même prescription*).

Dans la journée, de gros boutons rouges, coniques, apparurent sur l'épigastre à la partie inférieure du sternum. Le lendemain matin 28, ils étaient blancs, varioliformes, semblables à ceux que produit l'emplâtre émétisé; ils causaient une vive douleur. Le mieux se soutenait; la langue était humide et blanchâtre, l'intelligence nette, le ventre

assez souple, le pouls médiocrement fréquent, la peau sans chaleur. Deux selles (*même prescription.*)

Le 29, même état; persistance de l'éruption, chute de l'escarre du sacrum.

Le 30, il n'y avait plus de symptômes adynamiques; la face avait repris un aspect naturel; la langue présentait une belle couleur vermeille (*le quinquina fut supprimé; deux bouillons; une tasse de vin avec de l'eau*).

Le 1er octobre, apparition aux fesses de boutons semblables à ceux de l'épigastre; légère épistaxis; deux selles, suppuration abondante du petit ulcère du sacrum.

Du 1er au 5 octobre, le pouls perdit peu à peu sa fréquence, les boutons se desséchèrent, l'ulcère du sacrum diminua; le malade touchait à la convalescence (*on soutenait ses forces par des bouillons et par un peu de vin.*)

Le 6 octobre, le pouls reprit sa fréquence, et la peau sa chaleur. Cependant toutes les fonctions, soigneusement examinées, ne parurent pas plus lésées que les jours précédents. Les 7 et 8, persistance de la fièvre. Le 9, le malade accusa, pour la première fois, une douleur à l'aine gauche : on y découvrit un abcès considérable; la cause de la fièvre fut dès lors connue. Cet abcès s'ouvrit spontanément; une quantité considérable de pus s'en écoula; la peau était décollée dans une vaste étendue (*infusion de quinquina.*) Le malade succomba le 14 octobre, épuisé par cette abondante suppuration.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Une partie de la surface convexe de l'hémisphère gauche du cerveau était recouverte par une fausse membrane, d'un blanc mat, dense, épaisse, presque fibreuse, placée hors de la cavité de l'arachnoïde, entre celle-ci et la pie-mère. Une fausse membrane semblable était interposée du même côté entre l'arachnoïde et la dure-mère. La substance cérébrale était saine; les ventricules ne contenaient que peu de sérosité.

Thorax. Cœur et poumons sains.

Abdomen. L'estomac, fortement contracté, n'avait, dans presque toute son étendue, que le volume d'un intestin grêle; sa surface interne était généralement blanche, légèrement injectée en quelques points.

Les quatre cinquièmes supérieurs de l'intestin grêle ne présentèrent aucune altération. Dans le cinquième inférieur, la membrane muqueuse offrait, en plusieurs points une couleur plus brune, une épaisseur un peu plus grande et une face comme rugueuse. Ces espèces de plaques isolées n'étaient-elles pas les cicatrices d'anciens ulcères?

Le gros intestin était parsemé d'un assez grand nombre de petites taches, d'un blanc plus mat que le reste de la muqueuse, arrondies, entourées d'un cercle noir, et marquées d'un point noir à leur centre.

La suppuration de l'aine avait eu son siége primitif dans un ganglion lymphatique; elle avait fusé au loin sous la peau, dont elle avait opéré le décollement dans une grande étendue. Une autre collection purulente non moins vaste existait au-dessous de la peau de l'épigastre, là où avait apparu l'éruption.

Cette observation nous présente un état de l'intestin analogue à celui que nous avons trouvé chez le sujet de l'observation XXXV. Dans ces deux cas, aussi, la mort n'eut lieu qu'un certain temps après la cessation de la maladie dont les deux individus étaient atteints à l'époque de

leur entrée à l'hôpital. Les follicules du gros intestin sont exactement semblables dans les deux observations. Ceux de l'intestin grêle sont ici moins distincts que dans l'observation XXXV. Ils n'offrent plus de points noirs caractéristiques ; cependant il n'est pas douteux que c'était de leur présence que dépendaient ces plaques brunes et légèrement saillantes trouvées vers la fin de l'iléum. Ces plaques étaient restées comme la trace de l'exanthème, dont la fin de l'intestin grêle avait été le siége peu de temps auparavant.

Le malade fut d'abord traité par la méthode antiphlogistique. Pendant plusieurs jours de suite des sangsues furent appliquées simultanément au cou et à l'épigastre, et cependant chaque jour nous n'en vîmes pas moins tous les symptômes s'aggraver, la langue se sécher et noircir, le ventre se ballonner, le trouble de l'intelligence augmenter, l'état ataxo-adynamique se prononcer de plus en plus. Ce fut alors qu'à ce traitement fut substitué une médication tonique : vingt-quatre heures après qu'on eut commencé à administrer du quinquina, la langue s'humecta, l'intelligence se rétablit, le ventre reprit sa souplesse, les forces se relevèrent, etc. Les jours suivants les toniques furent continués, et, pendant qu'ils étaient donnés, le malade entra en convalescence.

La cessation des symptômes graves et de la fièvre coïncide avec différents phénomènes dignes de remarque. On vit alors apparaître simultanément des épistaxis, une diarrhée légère, des abcès en divers points du corps, une éruption varioliforme à l'épigastre et aux fesses. Dans leur langage figuré les anciens eussent donné à ces divers phénomènes le nom d'efforts critiques de la nature. Malheureusement un de ces efforts dépassa le but, si je puis ainsi parler, et nous vîmes l'abcès établi à l'une des régions inguinales entraîner le malade au tombeau, par l'abondante suppuration qu'il produisit.

Remarquons, comme un fait curieux d'anatomie pathologique, cette couche fibreuse qui doublait les deux faces de l'arachnoïde d'un des hémisphères cérébraux. Cette production était certainement fort ancienne: ce n'est point à elle qu'on peut rapporter aucun des symptômes que présenta le malade pendant son séjour à l'hôpital.

XXXVIIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Symptômes de fièvre grave. Traitement par les émissions sanguines au début ; plus tard, simples boissons délayantes. Mort de pneumonie pendant la convalescence. Ulcérations blanches, avec fond au niveau des bords, vers la fin de l'intestin grêle.

Un maçon, âgé de 28 ans, à Paris depuis peu de mois, entra à la Charité avec les divers symptômes qui caractérisent la fièvre bilieuse : céphalalgie sus-orbitaire ; teinte jaune du pourtour des lèvres et des ailes du nez ; rougeur vive des pommettes ; langue couverte d'un enduit jaunâtre épais ; bouche amère ; désir des boissons acides ; soif ; ventre souple et indolent : trois ou quatre selles liquides en vingt-quatre heures ; pouls fréquent et dur ; chaleur âcre à la peau ; réponses embarrassées, pénibles ; intelligence obtuse ; le malade ne se souvient que confusément de ce qui lui est arrivé avant son entrée à la Charité (*vingt sangsues à l'anus ; tisane d'orge ; diète*).

Le lendemain, même état (*tisane d'orge ; sinapismes*).

Les jours suivants la langue rougit et se sècha ; le ventre se météorise légèrement ; le dévoiement persiste ; l'intelligence devient de plus en plus obtuse ; de temps en temps il y a du délire. Une saignée de douze onces est pratiquée : vingt-quatre heures après cette émission sanguine, tout s'est aggravé ; le malade ne répond plus aux questions ; on aperçoit avec peine la langue sèche et fendillée ; une mucosité visqueuse, d'un gris sale, couvre les lèvres et les dents ; sept ou huit selles liquides ont eu lieu ; le pouls est très-fréquent et faible ; la peau a peu de chaleur ; on observe quelques soubresauts des tendons (*tisane d'orge gommée ; diète ; sinapismes aux jambes.*)

Pendant les six jours suivants, l'état du malade resta stationnaire : on ne fit autre chose que de donner de la tisane d'orge.

Au bout de ce temps les facultés intellectuelles reprirent peu à peu leur lucidité, la stupeur diminua, les mouvements devinrent plus libres, la langue s'humecta, les lèvres et les dents se nettoyèrent, le dévoiement devint moindre, mais ne disparut pas complétement.

Le malade fut bientôt regardé comme convalescent ; il ne présentait plus effectivement d'autres phénomènes morbides qu'un peu de dévoiement ; la peau était restée constamment sèche. On a permis quelques bouillons, puis quelques potages ; un peu de vin fut accordé.

La convalescence semblait se consolider de plus en plus, bien qu'il restât toujours un peu de dévoiement, lorsqu'un jour nous trouvâmes de nouveau de la fièvre ; le malade nous dit que depuis la veille il avait été pris d'un point de côté : nous reconnûmes bientôt tous les signes d'une pneumonie commençante. Les jours suivants, elle devint de plus en plus intense, et se termina par la mort. Aucune saignée ne fut pratiquée ; on appliqua des vésicatoires sur la poitrine et aux extrémités inférieures.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Rien de remarquable dans le cerveau et ses annexes.

Hépatisation rouge des lobes inférieur et moyen du poumon droit ; légère exsudation membraniforme sur la plèvre de ce côté.

Pâleur remarquable de la membrane muqueuse gastro-intestinale depuis le cardia jusqu'à l'anus. Dans l'étendue d'un demi-pied au-dessous du cœcum, l'on trouva cinq ou

six points blancs comme le reste où la membrane muqueuse n'existait pas. A sa place on trouva à nu le tissu cellulaire sous-muqueux, qui n'est nullement altéré.

Rien de remarquable dans les autres organes.

Il nous paraît très-vraisemblable que les endroits de l'iléum où nous ne trouvâmes pas de membrane muqueuse étaient d'anciennes ulcérations qui étaient sur le point de se cicatriser; une légère diarrhée était le seul signe qui pût nous porter à penser qu'il y avait encore quelque lésion des voies digestives, lorsque tout annonçait une franche convalescence. Si la pneumonie n'eût frappé qu'un peu plus tard cet individu, il est très-probable que nous n'aurions plus trouvé d'ulcérations à proprement parler, et que dans ces endroits où nous trouvâmes encore à nu le tissu cellulaire sous-muqueux, nous aurions rencontré une membrane de nouvelle formation, semblable à celle dont l'observation suivante va nous offrir un exemple.

Si l'on ne peut pas affirmer que chez l'individu qui fait le sujet de cette observation les émissions sanguines furent nuisibles, au moins est-il bon de faire remarquer qu'elles n'enrayèrent point la marche de la maladie; loin de là, le lendemain de la saignée, l'état adynamique se prononça davantage, et tous les symptômes s'aggravèrent d'une manière notable. Nous croyons qu'on eût fait beaucoup de mal, en insistant davantage sur les émissions sanguines; d'un autre côté, les toniques eussent-ils été utiles? l'observation précédente nous porterait à l'affirmer. Quoi qu'il en soit, on s'en abstint ici complétement, et, si l'on en excepte quelques sinapismes appliqués aux jambes, le malade fut entièrement abandonné à la nature. Seule, elle suffit pour amener cette grave affection à une terminaison heureuse; seule aussi, elle eût vraisemblablement achevé le cicatrisation complète des ulcères intestinaux.

Cette cicatrisation, du reste, se fait quelquefois très-longtemps attendre; il est des cas où les ulcères survivent à la maladie aiguë, et causent une diarrhée chronique qui s'accompagne d'une petite fièvre lente, et entraîne les individus au tombeau après les avoir peu à peu plongés dans le dernier degré du marasme. C'est ce que nous avons vu en particulier chez une jeune fille, âgée de 17 ans, qui entra à la maison royale de santé avec les symptômes d'une fièvre ataxo-adynamique des plus graves. Pendant près d'un mois, elle eut la langue sèche et noire,

le ventre ballonné, une diarrhée continuelle, un pouls très-fréquent, une chaleur âcre à la peau, et différents accidents nerveux, tels que stupeur, délire, coma, soubresauts des tendons, etc. Au bout de ce temps, la langue redevint humide et pâle, le ventre s'affaissa, les symptômes nerveux disparurent, la peau perdit sa chaleur, mais le pouls conserva un peu de fréquence, et la diarrhée ne cessa pas. Pendant les deux mois suivants, le flux de ventre persista; cinq à six selles liquides avaient lieu chaque jour, le ventre était d'ailleurs plat et complétement indolent. Il n'y avait d'autre phénomène morbide que cette diarrhée, et de plus de jour en jour la malade dépérissait, et arrivait au marasme. Elle s'éteignit après trois mois de maladie. Quelques sangsues appliquées au commencement soit à l'anus, soit sur les parois abdominales, des vésicatoires promenés sur différents points de ces mêmes parois, des lavements avec addition de laudanum ou de diascordium fréquemment répétés; plus tard d'autres lavements avec la décoction de racine de ratanhia, de simples boissons mucilagineuses données par la bouche, tels furent les principaux moyens employés; ils furent sans influence. Une diète sévère fut d'abord observée; plus tard on nourrit la malade avec diverses fécules, du lait et des œufs. Elle prenait d'ailleurs des aliments avec plaisir, si ce n'est dans les quinze derniers jours de sa vie, où, sans cause connue, il survint des vomissements bilieux, qui hâtèrent la mort de quelques jours.

A l'ouverture du corps, voici ce que nous trouvâmes dans le tube digestif.

Toute la surface interne de l'intestin grêle était d'une pâleur remarquable, et toutes ses tuniques étaient singulièrement amincies. Dans le sixième inférieur de l'iléum, on apercevait un certain nombre de plaques de Peyer qui faisaient une légère saillie au-dessus du niveau de la membrane muqueuse, et qui offraient une teinte bleuâtre. Tout près du cœcum existaient quatre ulcérations, dont deux auraient pu admettre chacune une pièce de cinq francs, et dont les deux autres n'excédaient pas le diamètre d'une pièce de quarante sous. Le fond de ces quatre ulcérations était constitué par la tunique musculaire, et çà et là on voyait sur ce même fond, qui était parfaitement blanc, quelques débris de la membrane muqueuse qui avait une teinte d'un noir bleuâtre. Cette même teinte se montrait, dans l'espace de deux lignes, au pourtour de chaque ulcération.

La surface interne du gros intestin présentait un grand nombre de

petits points noirs, qui nous parurent être autant de follicules; entre ces points, la membrane muqueuse était blanche, mais singulièrement friable.

Les ganglions mésentériques n'étaient que fort peu développés.

Quant à l'estomac, il était coloré par de la bile à sa surface interne dans presque toute son étendue. Partout sa membrane muqueuse était d'une bonne consistance; elle présentait, vers la région pylorique, un peu de mamelonnement, on n'y trouvait pas la moindre trace d'injection. Ainsi les vomissements bilieux qui avaient eu lieu pendant les derniers temps de la vie ne pouvaient pas s'expliquer par un état inflammatoire de l'estomac, et la cause qui, plusieurs jours de suite, avait appelé la bile dans cet organe, nous échappe entièrement. Le foie n'était que pâle.

Ajoutons que, comme dans les cas où la mort survient pendant la période d'acuité, nous trouvâmes la rate doublée de volume, et ramollie.

Dans le cas que nous venons de rapporter, la persistance des ulcérations entretint la diarrhée, longtemps après que tous les symptômes de la maladie aiguë avaient disparu. Voici un autre cas recueilli par nous, comme le précédent, à la maison royale de santé, dans lequel, bien que les ulcérations persistent aussi, la diarrhée cesse, en même temps que s'amendent tous les symptômes. Il s'agit dans ce cas d'un jeune homme de 22 ans, qui fut reçu dans nos salles avec les divers symptômes d'une fièvre continue grave (stupeur, trouble de l'intelligence, grande prostration, langue sèche et fuligineuse, ballonnement du ventre, diarrhée abondante, pouls très-fréquent, taches rosées sur le ventre). Peu à peu, ces symptômes s'amendèrent, et une sorte de convalescence sembla commencer : la langue avait repris l'aspect le plus naturel; le ventre était devenu souple; pressé sur tous ses points, il était partout indolent; le *dévoiement avait cessé,* et des lavements devaient être administrés, pour que des selles eussent lieu. Mais, d'un autre côté, la fréquence du pouls ne cessait pas; le malade continuait à maigrir, et chaque jour ses forces diminuaient. Il resta trois mois dans cet état, n'accusant aucune douleur, ayant toute son intelligence, recevant quelques doux aliments, et paraissant les digérer; n'allant à la selle que par lavement, et ne rendant jamais que quelques scybales fort dures. Arrivé par degrés à un marasme squelettique, il cessa de parler, ses extrémités se refroidirent, son pouls disparut, et il s'éteignit, après avoir perdu seulement, pendant les dernières vingt-quatre heures de sa

vie, un peu de la lucidité de son intelligence. *Le dévoiement ne reparut pas un seul instant;* les urines étaient remarquables par la fétidité insupportable qui s'en exhalait au moment où elles venaient d'être rendues, elles étaient en même temps très-troubles.

L'ouverture du corps nous montra les altérations suivantes :

Aucune altération appréciable n'existait dans l'encéphale et ses annexes.

Le poumon gauche, remarquable par sa grande légèreté, était vide de sang ; le poumon droit était plus lourd; vers la partie inférieure de son lobe supérieur existait un engorgement circonscrit qui occupait le volume d'une grosse noix ; dans cet espace, le parenchyme pulmonaire était imperméable à l'air, grenu à l'incision, d'un gris sale, et très-friable. La partie postérieure de ce même poumon était engouée.

Le tissu du cœur était ferme et pâle. Ses cavités contenaient des caillots constitués par de la fibrine blanche. Les vaisseaux n'étaient pas colorés, et contenaient un peu de sang liquide.

A l'union de ses quatre cinquièmes supérieurs avec son cinquième inférieur, l'œsophage présentait deux ulcérations ovalaires, dont le plus grand diamètre était dirigé suivant l'axe de l'œsophage. Un peu au-dessous de ces ulcérations, l'épithélium était détruit, puis il reparaissait sous forme d'une bande irrégulièrement découpée, dans l'étendue d'un pouce de largeur autour du cardia.

L'estomac était partout blanc à sa surface interne. Dans la portion pylorique, la membrane muqueuse était mamelonnée; dans la partie splénique, elle était assez mince; partout néanmoins dans cette portion elle existait, et partout on pouvait la détacher, par lambeaux, des tissus subjacents. L'estomac contenait une petite quantité de liquide sans odeur.

Le jéjunum ne présentait autre chose qu'une coloration jaune du bord libre des valvules.

L'iléum, dans son quart inférieur, offrait un grand nombre de follicules de Brunner, blancs, et faisant saillie au-dessus du niveau du col de la muqueuse, et de plus une demi-douzaine de plaques elliptiques. Celles-ci avaient une couleur noire qui en constituait comme le fond. Au-dessus de ce fond noir, on voyait un certain nombre de follicules agglomérés, semblables à ceux de Brunner, et constituant par leur assemblage comme un second plan non continu, et d'un blanc grisâtre, au-dessus de l'autre plan plus profond et noir. En certains points de ces

plaques, on trouvait des ulcérations dont les bords étaient noirs, et dont le fond, au niveau des bords, était constitué par la membrane musculaire, dont on voyait à nu les fibres transversales parfaitement blanches.

La valvule et la surface interne du cœcum présentaient une teinte d'un gris ardoisé.

Dans le colon, on trouvait un grand nombre de petits follicules, à peine saillants, mais reconnaissables à un point noir qui constituait le centre d'une légère élevure où la muqueuse était d'un blanc plus mat, élevure que circonscrivait un autre cercle grisâtre.

En un point du colon, on trouvait une ulcération qui paraissait tendre à la cicatrisation. Cette ulcération arrondie, pouvant admettre une pièce de cinq sous, était bornée par un cercle noir. Son fond était au niveau du reste de la muqueuse; il était constitué par une membrane fine, semblable à la membrane des sinus, sur laquelle se dessinait un réseau vasculaire.

La rate était peu volumineuse et assez molle. Le foie était pâle et dense. L'appareil urinaire était sain.

XXXVIIIe OBSERVATION.

Symptômes ataxo-adynamiques. Mort de pneumonie pendant la convalescence. Membrane mince, sans follicules ni villosités, se continuant avec la membrane muqueuse, dans les points ordinairement occupés par les follicules agminés.

Nous n'avons point observé pendant sa vie l'individu qui fait le sujet de cette observation. Nous apprîmes qu'entré deux mois auparavant à la Charité, il y avait présenté tous les symptômes d'une fièvre grave ; qu'il en était complétement guéri, et qu'il était sur le point de quitter l'hôpital, lorsqu'il avait été pris d'une pneumonie à laquelle il avait succombé.

Nous trouvâmes, en effet, un mélange d'hépatisation rouge et grise dans une grande partie du poumon gauche. L'estomac nous offrit une arborisation légère vers son grand cul-de-sac; cette même arborisation se montrait en plusieurs points de l'intestin grêle. Près du cœcum apparaissaient sept ou huit endroits où la membrane muqueuse était beaucoup plus mince qu'ailleurs ; en l'examinant sous l'eau au soleil, nous constatâmes que dans ces mêmes endroits cette muqueuse, qui paraissait d'une minceur insolite, ne présentait aucune trace des villosités qui abondaient dans les parties environnantes ; on l'eût prise pour une portion de membrane muqueuse bronchique. Ces endroits correspondaient à ceux qui sont ordinairement occupés par des plaques de Peyer. Nous pensâmes qu'il y avait eu une époque de la maladie où ces plaques avaient été détruites ; que plus tard les ulcères qui avaient succédé à la destruction de la muqueuse s'étaient cicatrisés, et que la mambrane trouvée au lieu ordinairement occupé par ces plaques était une muqueuse nouvellement formée, une simple couche cellulo-vasculaire qui, déjà pourtant, se continuait avec les portions de muqueuse qui jadis avaient constitué les bords des

ulcérations. Des villosités se seraient-elles formées plus tard sur cette nouvelle membrane?

Dans les observations diverses que nous avons citées jusqu'à présent, nous avons pu voir la dothinentérie naître avec la fièvre, persister dans tout son cours, et cesser avec elle, ou n'exister après elle qu'en simple vestige. Comment ne pas attribuer la plus grande influence sur la production des symptômes à une lésion qui se montre et disparaît avec eux? Cependant ces symptômes ne peuvent-ils exister que lorsqu'il y a dothinentérie? les observations suivantes vont nous prouver le contraire.

ARTICLE II.

FIÈVRES CONTINUES, LIÉES A D'AUTRES FORMES D'INFLAMMATION GASTRO-INTESTINALE QU'A L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE.

Dans toutes les observations que comprend cet article, nous allons retrouver encore les différents symptômes que nous ont offerts les observations de l'article 1er, et qui, par leur ensemble, constituent les fièvres ataxiques et adynamiques, telles que Pinel les a décrites. Mais dans quelques-unes de ces observations seulement, nous verrons ces fièvres présenter la même marche, la même durée, le même enchaînement de phénomènes morbides que dans celles qui sont liées à l'inflammation spéciale des follicules intestinaux; ce seront encore des fièvres typhoïdes, dans le sens que M. Louis a attaché à cette expression. Ce sont là, sans doute, de simples exceptions, et il n'en reste pas moins vrai que la fièvre typhoïde, telle que l'a décrite M. Louis, coïncide presque toujours avec une affection des glandes de Peyer; mais ces exceptions, dont M. Louis a publié lui-même deux cas, il importe de les signaler.

Cette fièvre, qui se caractérise moins par les symptômes mêmes qui l'accompagnent que par leur ensemble et par la manière dont ils s'enchaînent et se succèdent, nous ne la retrouverons plus dans d'autres observations, qui cependant nous présenteront encore *l'état typhoïde*, ou, si l'on veut, ces mêmes symptômes ataxiques ou adynamiques qui acquièrent, dans les typhus proprement dits, leur maximum de développement.

XXXIXe OBSERVATION.

Délire et autres symptômes nerveux. Langue naturelle. Ulcérations multiples dans l'estomac. Aucune autre lésion.

Un cordonnier, âgé de quarante-cinq ans, d'une forte constitution, entra à la Charité, le 4 octobre 1820, dans un état de délire tel, qu'on ne put obtenir aucun renseignement sur son état antécédent.

Dans la matinée du 5, nous observâmes l'état suivant : yeux hagards, rire sardonique, pas de réponse aux questions. La face exprimait la douleur dès qu'on pressait un peu un point quelconque du ventre ; mais elle l'exprimait aussi lorsqu'on pressait soit sur les côtes, soit sur les membres. Langue humide et de couleur ordinaire ; pas de selle depuis son entrée ; respiration libre, pouls assez développé, de fréquence médiocre : peu de chaleur à la peau.

Mort à huit heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Cerveau parfaitement sain, ainsi que ses membranes ; pas d'épanchement, soit dans les ventricules, soit à la base du crâne.

Organes thoraciques sains.

La surface interne de l'estomac présentait, le long de la grande courbure, six à huit petites ulcérations superficielles, arrondies, à fond rouge, ayant, terme moyen, le diamètre d'un centime. Dans leur intervalle, la muqueuse n'était que médiocrement rouge.

Aucune ulcération n'existait dans le reste du canal digestif ; il présentait quelques plaques rouges peu nombreuses.

Rien de remarquable dans les autres organes.

Dans ce cas comme dans beaucoup des précédents, le cerveau semblait être le point de départ de tous les symptômes ; dans cet organe paraissait être le siége primitif de la maladie. Cependant le cerveau et ses annexes furent trouvés exempts de toute lésion, et le tube digestif, qui n'avait présenté pendant la vie aucun désordre fonctionnel, fut la seule partie qu'on trouva altérée sur le cadavre. Mais cette altération diffère beaucoup de celles que nous ont offertes les observations précédentes. Les plaques de Peyer étaient intactes ; l'intestin grêle ainsi que le gros intestin étaient sains : l'estomac seul était malade, et, ce qui est bien remarquable, c'est que, dans ce cas, où la surface interne de l'estomac était parsemée de nombreuses ulcérations, la langue nous avait offert pendant la vie l'aspect le plus naturel.

Les symptômes présentés par ce malade ne diffèrent pas d'ailleurs de ceux que nous ont offerts un grand nombre d'individus, chez lesquels les glandes de Peyer étaient spécialement affectées. Nous allons encore retrouver dans plusieurs des observations qui vont suivre, la même identité de symptômes avec des lésions qui résideront toujours dans le tube digestif, mais qui différeront beaucoup les unes des autres, soit par leur siége soit par leur nature.

XLe OBSERVATION.

Symptômes ataxiques ; alternatives de délire et d'intelligence lucide ; hydrophobie ; convulsions. Langue naturelle ; pouls sans fréquence. Rougeurs en divers point du tube digestif. Injection de la substance cérébrale. Tubercules pulmonaires.

Un garçon limonadier, âgé de vingt ans, toussant depuis un an, et ayant plusieurs fois craché du sang, ressentit un malaise général dans les premiers jours du mois de novembre 1820. Le 10, il entra à la Charité. Il toussait beaucoup ; ses crachats étaient visqueux, un peu sanguinolents; le pouls était à peine fréquent (*saignée de deux palettes.*) Le sang n'offrit pas de couenne. Le 11, nous trouvâmes le malade plongé dans un état de torpeur. Interrogé, il ne répondit rien ; si on le soulevait il se laissait tomber comme une masse inerte, et cachait sa tête sous les couvertures. Le pouls était d'une lenteur remarquable, la face très-pâle; la langue conservait son aspect naturel. Des symptômes semblaient marquer le début d'une hydrocéphale aiguë (*huit sangsues de chaque côté du cou ; sinapismes ; orge.*)

Agitation et délire toute la nuit. Dans la matinée du 12, somnolence, douleur à la tempe gauche ; pupille droite sensiblement plus dilatée que la gauche ; pommettes un peu rouges ; décubitus sur le côté droit ; langue blanche, humide ; haleine fétide ; ventre indolent et souple ; deux selles ; quarante-six battements artériels par minute (*vésicatoires aux jambes ; petit-lait avec addition d'une demi-once de sulfate de soude pour une pinte. Potion composée ainsi qu'il suit, à prendre par cuillerées :*

Eau de tilleul.	*4 onces.*
Eau de menthe.	*1 once.*
Acétate d'ammoniaque.	*1 gros.*
Éther sulfurique.	*1 gros.*
Sirop d'œillet.	*2 onces.*

Dans la journée, fréquentes alternatives d'assoupissement profond et de violentes agitations, aucune selle n'eut lieu.

Le 13, les facultés intellectuelles présentaient tour à tour une lucidité parfaite et le trouble le plus grand ; l'inégalité de la dilatation des pupilles persistait ; la respiration était tantôt très-rare, tantôt précipitée ; le pouls battait cinquante-cinq fois par minute ; la peau avait une douce chaleur ; la face rougissait et pâlissait alternativement (*lavement avec addition d'une once de séné et de six grains d'émétique ; une pinte d'eau de veau avec demi-once de sulfate de soude; frictions aromatiques sur les membres.*) Selles copieuses dans la journée.

Le 14, même état. Le 15, le malade avait une sorte d'horreur des liquides. Dès qu'on lui présentait à boire, sa face s'injectait, ses yeux s'animaient, des mouvements convulsifs agitaient ses lèvres ; et si on introduisait un peu de liquide dans la bouche, il le rejetait avec effort ; la langue conservait son humidité ; le pouls présentait soixante battements (*deux nouveaux vésicatoires aux cuisses.*)

Le 16, les symptômes de l'hydrophobie de la veille n'existaient plus ; l'œil droit était fortement dévié en dedans : la pupille de ce côté restait toujours plus dilatée que l'autre, la paupière gauche restait abaissée ; pouls sans fréquence (*tisanes émollientes ; lavement camphré.*)

Le 17, la paupière droite était à son tour frappée de paralysie ; une énorme quantité d'urine distendait la vessie ; grande loquacité ; soubresauts des tendons ; langue toujours humide.

Le 18, la tête et la face étaient inondées de sueur, tandis que la peau du reste du corps était sèche ; les yeux étaient fermés ; les pupilles, très-dilatées, se resserraient à peine à l'approche de la lumière ; soubresauts des tendons très-multipliés ; face très-rouge, pouls fréquent pour la première fois (cent un battements par minute) ; pas de selles (*lavement purgatif; petit-lait tamariné*).

Assoupissement profond toute la journée. Mort sans agonie à sept heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE

18 *heures après la mort.*

Crâne. Sinus cérébraux remplis de sang ; substance cérébrale de consistance ordinaire, parsemée d'une assez grande quantité de petits points rouges ; une cuillerée à café environ de sérosité limpide dans chaque ventricule latéral.

Thorax. Anciennes adhérences des plèvres des deux côtés ; poumon droit parsemé de tubercules miliaires ; caverne à son sommet, pouvant loger un œuf de pigeon, remplie de pus. Dans le poumon gauche, également rempli de tubercules crus, existait une caverne plus considérable et vide. Cœur pâle, rempli de sang liquide.

Abdomen. Adhérence du grand épiploon aux parois abdominales par des brides celluleuses anciennes. L'estomac présente à son intérieur, à gauche du cardia, une plaque rouge, large comme un écu de trois francs ; partout ailleurs la muqueuse est blanche et saine. La plupart des valvules du duodénum sont d'un rouge vif; dans leurs intervalles, la membrane muqueuse présente une teinte légèrement rosée. L'intestin grêle, ouvert dans toute son étendue, n'offre çà et là, vers sa partie moyenne, que quelques valvules rougeâtres et des arborisations peu nombreuses. Invagination de trois pouces dans le tiers supérieur du jéjunum ; beaucoup de bile remplit tout l'intestin grêle. Le gros intestin, rempli de matières fécales dures, est très-blanc.

Une énorme quantité d'urine limpide distend la vessie, ainsi que l'uretère, le bassinet et les calices du rein droit.

Chez ce sujet, nous trouvons dans le tube digestif des lésions bien légères. La plaque rouge du grand cul-de-sac de l'estomac, la rougeur des valvules du duodénum, l'injection légère de quelques points de l'intestin grêle, s'observent dans une foule de cas où pendant la vie des symptômes tout différents ont existé ; aussi pensons-nous qu'il y a ici de fortes raisons pour douter que les lésions très-peu considérables trouvées dans le tube digestif fussent réellement la cause des symptômes ataxiques observés pendant la vie. L'injection du cerveau pourra-t-elle en rendre raison? Il est également permis d'en douter.

Dans ce cas, comme dans le précédent, la langue se montra bien différente de ce que nous l'avons trouvée, dans la plupart des cas de dothinentéries qui font le sujet des observations consignées dans l'article précédent.

Remarquons d'ailleurs combien furent variés les symptômes; parmi ces symptômes, rappelons ici l'inégalité de dilatation des pupilles, la déviation momentanée de l'un des yeux, la paralysie alternative des deux paupières supérieures, le rapide passage d'un état lucide de l'intelligence à un délire complet, d'un coma profond à la plus violente agitation; l'hydrophobie bien caractérisée qui exista pendant douze heures. Rappelons, du côté des fonctions de la vie organique, la respiration tantôt accélérée, et tantôt très-rare; le trouble de la circulation marqué dans les petits vaisseaux, dans les promptes alternatives de rougeur et de pâleur de la face, dans le cœur et dans les gros troncs artériels par l'extrême lenteur du pouls; la vessie frappée de paralysie, les fibres charnues du gros intestin devenues également insensibles à l'action des purgatifs; au milieu de tous ces désordres la persistance de l'état naturel de la langue.

Le traitement fut entièrement dirigé contre les symptômes cérébraux. On pourra voir, en lisant les détails de l'observation, quelle influence eurent sur ces symptômes : 1° les deux émissions sanguines vers le début; 2° les vésicatoires appliqués sur divers points de la périphérie cutanée; 3° plusieurs substances stimulantes, dites antispasmodiques, administrées par la bouche ou en lavement; 4° les purgatifs portés à plusieurs reprises dans le tube digestif, tantôt par l'estomac, tantôt par le rectum.

XLIe OBSERVATION.

Age avancé. Abus des liqueurs alcooliques. Symptômes de fièvre ataxique. Langue sèche les deux derniers jours seulement. Vésicatoires et purgatifs. Rougeur de la membrane muqueuse gastro-intestinale en divers points. Aucune lésion appréciable dans les centres nerveux. Rate petite et molle. Pâleur remarquable du foie.

Un tailleur de pierres, âgé de 73 ans, usant avec excès des liqueurs alcooliques, se plaignait de ne pouvoir plus se soutenir sur ses jambes depuis trois semaines, lorsqu'il entra à la Charité, le 25 mai 1822. Alors ses lèvres étaient animées d'une sorte de mouvement convulsif, qui devenait plus considérable lorsqu'il voulait parler; les membres thorachiques présentaient un très-léger tremblement; les facultés intellectuelles ne paraissaient point troublées; la langue, humide et blanchâtre, présentait aussi un tremblement assez marqué, et pouvait à peine être maintenue quelques secondes hors de la bouche; le pouls était sans fréquence.

Ce qu'il y avait de plus remarquable chez cet individu, c'était le tremblement des lèvres, des membres thorachiques et de la langue; mais on pouvait l'attribuer à l'âge avancé du malade, qui paraissait d'ailleurs faible et décrépit.

Délire dans la soirée.

Le 26, le tremblement des membres était plus marqué; ce n'était qu'avec beaucoup

de peine que les mouvements volontaires pouvaient leur être imprimés; les membres abdominaux étaient libres dans leurs mouvements; le pouls était devenu un peu fréquent : il n'y avait pas eu de selle depuis plusieurs jours (*deux vésicatoires aux jambes; quinze grains de calomélas*; *tisane d'orge vineuse*).

La nuit, violent délire, vocifération. Dans la matinée du 27, l'intelligenee avait repris toute sa netteté; le tremblement des membres thorachiques était plus prononeé que jamais; des soubresauts de tendons très-multipliés avaient lieu continuellement; il en résultait une agitation continuelle des doigts, alternativement portés dans le sens de la flexion et de l'extension. De temps, en temps l'on observait de petites seeousses brusques comme tétaniques, du bras et de l'avant bras; aucun mouvement ne pouvait leur être imprimé par la volonté du malade. Il soulevait et remuait facilement les membres abdominaux, qui étaient exempts de tout tremblement. L'agitation eonvulsive des lèvres était très-forte; la respiration était haute, aceélérée; le pouls fréquent, la peau chaude; la langue conservait son humidité : aueune selle n'avait eu lieu (*vésicatoires à la nuqze; douze grains de mercure doux ou trois grains d'extrait d'aloès*).

Délire par intervalles dans la journée; deux selles.

A la visite du 28, même état que la veille. Vers dix heures du matin, mouvements convulsifs des membres thorachiques, trismus, respiration stertoreuse, perte de eonnaissance. On crut que le malade allait succomber; mais au bout de trois minutes environ ces symptômes effrayants disparurent, et furent remplaeés par une sorte d'état comateux, qui se dissipa lui-même peu à peu.

Le 29, langue sèche; selles involontaires; délire, qui semble eesser lorsqu'on fixe fortement l'attention du malade; même état des membres.

Le 30, sueur générale, visqueuse; *sudamina* sur les cuisses; traits de la face profondément altérés (*sinapismes aux pieds; bols de camphre et de nitre; infusion de valériane*). Le soir, retour des mêmes accidents. Le 28, mort dans l'état eomateux.

OUVERTURE DU CADAVRE

10 *heures après la mort.*

L'eneéphale, la moelle épinière, et leurs membranes, ne présentèrent aucune lésion appréciable.

Une énorme quantité de liquide spumeux et ineolore s'éeoula des poumons; les eavités du cœur contenaient une petite quantité de sang noir liquide; un eaillot fibrineux blane, peu consistant, existait dans l'oreillette droite. Un eaillot pareil remplissait l'aorte jusqu'à sa courbure sous-sternale.

La face interne de l'estomac était rouge vers le grand cul-de-sac, dans une étendue égale à celle de la paume de la main. Là, rampaient sous la muqueuse de grosses veines remplies de sang noir. La muqueuse elle-même était injectée, mais non uniformément rouge; en un petit nombre de points seulement elle était ramollie.

La muqueuse du cinquième supérieur de l'intestin grêle (y compris le duodénum) offrait une forte injection. Elle était blanche dans les quatre cinquièmes inférieurs.

Une assez vive injection reparaissait à la faee interne du eœeum, du eolon aseendant, et de la première moitié du colon traverse.

Le foie était d'une extrême pâleur, comme s'il eût été macéré dans l'eau pendant longtemps; la vésicule du fiel remplie d'une énorme quantité de bile noirâtre. Il y avait aussi beaucoup de bile jaune dans le cinquième supérieur de l intestin grêle.

La rate était remarquable par son très-petit volume ; son tissu était mou, facilement déchirable.

Les lésions du tube digestif sont encore ici bien peu considérables, et, comme dans l'observation précédente, on peut douter qu'elles aient été le point de départ de la maladie, qui, par ses symptômes, semblait résider tout entière dans les centres nerveux ; ces centres toutefois ne présentèrent eux-mêmes après la mort aucune altération appréciable pour nous dans l'état actuel de la science ; mais les désordres fonctionnels annonçaient assez, à défaut de preuves anatomiques, que dans ces centres avait été le siége, soit primitif, soit secondaire, de toute la maladie.

Dans ce cas, comme dans l'autre, la langue conserva longtemps son aspect naturel ; elle ne sécha que vers la fin ; le ventre ne fut jamais ballonné ; le pouls, sans fréquence à l'époque de l'entrée du malade, s'accéléra plus tard. Le trouble de l'intelligence ne fut continu que vers les derniers temps. Les désordres les plus graves portèrent surtout sur l'action musculaire ; à plusieurs reprises on observa un commencement de tétanos.

En raison de cette dernière circonstance, il ne nous semble pas sans intérêt de rapprocher du cas que l'on vient de lire un autre cas dans lequel nous observâmes une remarquable coïncidence entre le développement d'une gastrite aiguë, et l'apparition d'un véritable tétanos, pour l'explication duquel nous ne trouvâmes d'autre lésion qu'une rougeur intense de la membrane muqueuse gastrique.

XLIIe OBSERVATION.

Au début, fièvre ; douleur épigastrique ; vomissements. Plus tard, symptômes de tétanos et mort. Rougeur vive de l'estomac.

Un homme de moyen âge fut pris, sans cause connue, quatre jours avant d'entrer à l'hôpital, de vomissements bilieux abondants avec douleur épigastrique et fièvre. Vingt heures environ après l'apparition de ces symptômes, cet individu commença à ressentir de la difficulté à abaisser la mâchoire ; bientôt un violent trismus s'établit, et persista les deux jours suivants. Entré au bout de ce temps à la Charité, il nous offrit l'état suivant.

Trismus. Tête renversée en arrière, et maintenue forcément dans cette position par les muscles qui s'insèrent à l'occipital ; raideur des quatre membres ; parois abdominales dures comme une planche ; intelligence intacte. Le malade nous raconte lui-même les détails que nous venons de transcrire ; il articule assez distinctement malgré son trismus.

Il n'éprouve plus de douleur à l'épigastre, et ne vomit plus depuis l'apparition des premiers symptômes tétaniques. Transporté après la visite dans les salles de chirurgie, il y mourut le soir même.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Injection très-peu considérable des méninges ; léger pointillé rouge de la substance cérébrale. Les différentes parties de l'encéphale, examinées avec le plus grand soin, ne présentent aucune altération appréciable.

Rachis. État sain de la moelle épinière et de ses enveloppes, qui sont pâles.

Abdomen. La membrane muqueuse gastrique offre *dans toute son étendue* une couleur rouge intense, qu'on n'aperçoit qu'après avoir enlevé une couche épaisse de mucus qui en tapisse la surface. Cette couleur, qui réside dans la muqueuse, est due à l'injection d'un nombre infini de petits vaisseaux, dont l'œil suit facilement les admirables anastomoses. La membrane n'est pas, d'ailleurs, sensiblement ramollie. Blancheur du reste du tube digestif.

Le tissu de la rate est remarquable par sa consistace.

Rien de remarquable dans les autres organes de l'abdomen, non plus que dans ceux du thorax. On trouva du sang noir liquide dans le cœur et dans l'aorte, dont la surface interne était blanche.

Nous avons rarement rencontré dans l'estomac une coloration rouge aussi intense et aussi étendue ; on eût dit, au premier abord, que la surface interne du ventricule avait été uniformément teinte. La membrane muqueuse, ainsi colorée, avait d'ailleurs conservé sa consistance physiologique ; seulement sa sécrétion habituelle semblait avoir été activée.

Le début de cette gastrite avait été bien tranché ; mais à peine les symptômes tétaniques commencèrent-ils à se manifester, que les accidents du côté de l'estomac devinrent beaucoup moins évidents.

Si le tétanos a été, chez cet individu, le résultat de l'irritation transmise sympathiquement de l'estomac à la moelle épinière, il faudra admettre chez lui une prédisposition spéciale, en vertu de laquelle, à l'occasion peut-être de toute irritation survenue dans un organe quelconque, un tétanos se serait également déclaré. C'est ainsi que nous nous rappelons avoir vu à la Charité un individu, atteint d'une pleurésie chronique, qui, à la suite de l'application d'un séton sur le thorax, fut pris d'un tétanos auquel il succomba.

XLIIIe OBSERVATION.

Symptômes de méningite aiguë (fièvre ataxique). Langue naturelle. Émissions sanguines abondantes. Vive injection, en plusieurs points, de la membrane muqueuse du tiers inférieur de l'intestin grêle.

Un garçon marchand de vin, âgé de 33 ans, cheveux noirs, peau brune, muscles développés, ressent, le 8 octobre, une pesanteur de tête plutôt incommode que douloureuse. Le soir, malaise général ; délire la nuit. Il entra le 9 à la Charité. Vu par l'élève de garde, il jouit de sa raison ; mais il se plaint d'étourdissements, de tintements d'oreille ; il y a un peu de dévoiement depuis le matin. La nuit, il délire de nouveau.

A la visite du 10, il présente l'état suivant : exaltation remarquable dans les idées ; grande loquacité ; cependant réponses nettes et précises aux questions ; extrême vivacité dans les mouvements ; face rouge ; expression des yeux naturelle ; pouls plein, très-dur, médiocrement fréquent ; température de la peau ordinaire ; langue humide et nette ; ventre souple, indolent. Trois selles liquides depuis douze heures.

Chez cet individu, le cerveau semblait être le siége d'une congestion sanguine, annoncée, surtout actuellement, par l'exaltation de l'intelligence, et la nuit par sa perversion (*saignée de trois palettes ; tisanes délayantes*). Dans la journée, pas de changement ; deux ou trois selles. Le soir et la nuit, accélération du pouls ; retour du délire.

Dans la matinée du 11, la raison est rétablie, et nous trouvons le malade dans le même état qu'à la visite du 10 (*nouvelle saignée de trois palettes; seize sangsues au cou*). Le sang des deux saignées se couvrit d'une couenne épaisse.

Dans la soirée, délire comme les jours précédents ; la nuit, le malade devint furieux ; il brisa les liens avec lesquels on l'avait attaché, et quatre hommes purent à peine le contenir. Dans la matinée du 12, le délire continuait. Le malade, couché sur le dos, la face fortement injectée, les yeux étincelants et roulant avec violence dans les orbites, poussait de continuelles vociférations ; au milieu de son délire il ne parlait que d'objets relatifs à son état : de la peau du crâne et de la face ruisselait une sueur abondante ; le reste de la peau était sec. Les mouvements continuels des bras ne nous permirent pas de constater l'état du pouls. La langue, aperçue au fond de la bouche, avait conservé son aspect naturel. Tel était l'état du malade à huit heures du matin (*trente sangsues au cou; saignée d'une livre*). Une heure après, à neuf heures, le sang des piqûres des sangsues coulait abondamment ; on avait pu pratiquer la saignée, malgré la violente résistance du malade. Cependant aucun amendement n'avait lieu ; à neuf heures et demie il déployait encore une grande force musculaire ; nous entendions sa voix à plus de cinquante pas de son lit ; tout à coup il cesse de crier, sa face s'injecte et se gonfle, ses membres se raidissent, sa respiration s'arrête, et en moins de cinq minutes il cesse de vivre.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'arachnoïde de la surface extérieure de la masse encéphalique a conservé sa transparence et son épaisseur naturelles. La pie-mère de la convexité des hémisphères cérébraux n'est que légèrement injectée. Les ventricules ne contiennent qu'une médiocre quantité de sérosité limpide, telle qu'on en trouve après tous le genres de mort indistinctement. La substance cérébrale, coupée par tranches, a partout conservé sa consistance ordinaire ; mais elle offre un grand nombre de petits points rouges d'où découle

du sang. La moelle épinière, examinée dans son étendue, n'a présenté, non plus que ses membranes, aucune lésion appréciable.

Les poumons étaient sains. Le cœur présentait une dilatation remarquable du ventricule gauche, sans hypertrophie de ses parois.

La surface interne de l'estomac était blanche, ainsi que celle de l'intestin grêle, jusqu'à la réunion de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur. Dans ce dernier tiers existaient de nombreuses taches rouges, résidant dans la muqueuse, qui ne paraissait d'ailleurs ni plus dense, ni plus molle, ni plus épaisse que dans l'intervalle de ces taches où elle était blanche. Ces taches représentaient ainsi une foule de phlegmasies circonscrites, dont aucune n'avait dépassé le premier degré, ou, en d'autres termes, celui où il n'y a encore qu'injection de la membrane muqueuse, sans épaississement ni ramollissement de sa substance. Gros intestin blanc ; autres viscères abdominaux sains.

Chez l'individu dont je viens de retracer l'histoire, les symptômes cérébraux étaient tellement prédominants, qu'ils semblaient annoncer une lésion idiopathique de l'encéphale, et spécialement une inflammation bien caractérisée des méninges. La nature des accidents, l'exaltation continuelle des idées avec délire intermittent, et, dans les derniers temps, un délire furieux, paraissaient même indiquer que cette phlegmasie avait particulièrement son siége dans l'arachnoïde, qui revêt la convexité des hémisphères cérébraux; cependant aucune arachnitis n'existait, et la fin de l'intestin grêle présentait seule une inflammation, qui, pendant la vie, n'avait été révélée par d'autres signes que par une très-légère diarrhée. Il reste à déterminer maintenant si cette inflammation, irritant sympathiquement le cerveau, causa l'effrayant appareil de symptômes nerveux qui entraînèrent le malade au tombeau. Je me contenterai d'exposer le fait, laissant au lecteur la liberté d'admettre ou de rejeter cette liaison entre la phlegmasie intestinale et les symptômes cérébraux : c'est parce que ce cas est extrêmement tranché, que je l'ai cru digne de quelque intérêt. J'appellerai encore l'attention sur la manière dont la mort survint. Cette mort frappa soudainement le malade, lorsque l'énergie vitale était encore très-grande, et ce fut, en quelque sorte, sans intermédiaire, que chez lui la vie s'arrêta. Ne semble-t-il pas que, dans ce cas, l'affaissement du cerveau succédant tout à coup à l'excès de son action, la suspension de la respiration, et, par suite, de toutes les fonctions, fut le résultat de la cessation subite et complète de l'influence nerveuse? Ne cherchons pas, d'ailleurs, à trop approfondir la cause de ces phénomènes, qu'il y a un siècle on aurait expliquée bien différemment, et qu'un jour peut-être on expliquera aussi tout

différemment que nous, soit en raison des connaissances acquises, soit en raison des idées médicales dominantes.

Les quatre observations qu'on vient de lire se rapprochent tout-à-fait de celles où il y avait dothinentérite, par l'existence des désordres nerveux; toutefois dans ces quatre cas les symptômes dits ataxiques sont beaucoup plus prononcés que les symptômes dits adynamiques; dans ces quatre cas aussi, la langue s'est à peine éloignée de son état naturel; nous avons vu aussi cette conservation de l'état normal de la langue, dans quelques cas de dothinentérite, mais beaucoup plus rarement. Dans ces quatre cas l'abdomen n'a point offert de ballonnement; mais nous avons vu ce phénomène manquer également chez beaucoup d'individus atteints de dothinentérite. Voici maintenant deux autres cas où celle-ci n'existait pas plus que dans les quatre cas précédents, et où les symptômes ont été encore beaucoup plus complétement ceux que nous avons observés dans la dothinentérite.

XLIVe OBSERVATION.

Symptômes de typhus. Stupeur; pétéchies; langue sèche et noire par intervalles seulement; ballonnement de l'abdomen vers la fin. Alternatives de vive excitation et de profond affaissement. Vésicatoires; camphre en lavement; vin et bouillons; glace sur la tête. Mort vers le vingtième jour. Rougeurs partielles de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Injection de la substance cérébrale et des méninges. Rate volumineuse et molle. Sang liquide dans le cœur.

Un homme de 30 ans environ, cheveux noirs, peau brune, constitution forte, ayant assez d'embonpoint, fut apporté à la Charité, le 27 février, dans un état tel, que nous ne pûmes obtenir aucun renseignement sur les circonstances antécédentes : on sut seulement qu'il était malade depuis quinze jours; que le 23 février il avait pris un vomitif, et que, le lendemain, des sangsues avaient été appliquées sur l'épigastre. Le 25, il avait cessé de parler. Conduit le 27 à la Charité, il ne répondait pas aux questions : les traits de la face exprimaient une profonde stupeur ; la peau était froide, le pouls à peine sensible ; de petites taches rosées, ayant la plupart d'une demi-ligne à trois lignes de diamètre, étaient disséminées en assez grand nombre sur la partie antérieure du thorax, sur l'abdomen, sur les membres supérieurs et inférieurs. Elles étaient plus rares aux membres qu'au tronc. Nous ne pûmes apercevoir que le bout de la langue, qui nous parut très-sèche : le ventre était souple, aucune selle n'avait eu lieu depuis l'entrée du malade à l'hôpital (*petit-lait vineux; frictions sur les membres avec le liniment volatil cantharidé; deux vésicatoires aux jambes; lavement de guimauve avec addition d'un scrupule de camphre*).

Dans la journée, le malade articula quelques paroles sans suite et à peine intelligibles; sa vessie se remplit d'urine; on fut obligé de le sonder deux fois.

Le lendemain 28, la face avait une pâleur cadavéreuse. Étranger à ce qui se passait autour de lui, le malade paraissait réfléchir; ses traits étaient immobiles. Interrogé, il ne répondait pas d'abord; quelques minutes après, il semblait revenir à lui, et répondait lentement mais avec justesse; puis il retombait dans son premier état. Le décubitus

avait lieu sur le dos, les bras étendus le long du tronc. L'éruption était plus confluente que la veille; de fréquents soubresauts avaient lieu dans les tendons ; la peau était un peu réchauffée, le pouls se sentait mieux, il était très-fréquent, très-facilement dépri-mable, irrégulier par intervalles. La langue, qu'il était impossible au malade de tirer hors de la bouche, quoiqu'il parût en avoir la volonté, était lisse et sèche à sa pointe, et couverte d'un enduit noirâtre à sa face supérieure ; une selle avait eu lieu ; le ventre restait souple ; la paralysie de la vessie persistait (*même prescription*).

Dans la nuit, à l'engourdissement physique et moral succéda un violent délire, pendant lequel le malade se mit sur son séant et essaya de fuir de son lit.

Dans la matinée du 1er mars, on le voyait de temps en temps se lever sur son séant, regarder autour de lui d'un air étonné, puis se coucher : il ne proférait aucune parole, ne semblait pas entendre ceux qui l'interrogeaient, et paraissait, comme la veille, diriger son attention vers quelque idée. La langue était rouge et humide ; mais aucune selle n'avait eu lieu; le lavement n'avait pas même été rendu ; les soubresauts de tendons étaient moins multipliés. Le malade n'avait pas uriné depuis plus de douze heures ; cependant sa vessie était vide. L'éruption était dans le même état (*petit-lait vineux ; liniment comme les jours précédents ; six grains de calomélas en deux paquets, deux bouillons*).

Le 2 mars, des mouvements convulsifs agitaient la face ; une vive rougeur des joues avait remplacé la pâleur cadavéreuse ; les yeux, hagards, roulaient avec violence dans leurs orbites, la mâchoire inférieure était dans une agitation continuelle, les muscles des membres se contractaient spasmodiquement ; le malade prononçait avec peine quelques mots sans liaison ; la langue, aperçue au fond de la bouche, était rouge et humide, les lèvres et les dents légèrement fuligineux, la déglutition pénible, le ventre un peu ballonné ; deux selles avaient eu lieu ; le pouls ne put être senti, à cause des soubresauts très-multipliés des tendons ; une sueur abondante couvrait la peau, les pétéchies étaient moins nombreuses et pâles (*application d'une vessie pleine de glaces sur la tête, et en même temps sinapismes aux pieds*).

Dans la journée, les mouvements convulsifs cessèrent.

Le 3, une forte prostration avait succédé à la violente agitation de la veille, les pétéchies avaient une couleur livide, l'injection de la face persistait, la langue était de nouveau sèche et brune, l'enduit fuligineux des lèvres et des dents très-épais ; la respiration, calme jusqu'alors, était très-fréquente et bruyante, l'expiration était courte, l'inspiration plus prolongée; le pouls, filiforme, ne pouvait plus se compter; la peau, humide, semblait, au toucher, comme enduite d'une couche épaisse d'huile. Mort dans la soirée.

OUVERTURE DU CADAVRE

17 *heures après la mort.*

Les méninges de la convexité des hémisphères étaient vivement injectées, chaque ventricule latéral contenait trois à quatre cuillerées à café de sérosité limpide ; il y en avait aussi un peu à la base du crâne et dans le canal rachidien : la substance blanche de la partie supérieure des hémisphères était piquetée d'un grand nombre de petits points rouges.

Les poumons étaient parfaitement sains, à peine engoués ; le cœur contenait une petite quantité de sang noir liquide.

L'estomac était de volume ordinaire, la muqueuse de sa portion splénique parsemée d'une foule de petits points rougeâtres ; le duodénum était pâle ; l'intestin grêle; dans

ses deux tiers supérieurs, présentait une teinte légèrement rosée; le tiers inférieur était d'un rouge livide, et fortement contracté. Le gros intestin, dans toute son étendue, était d'une blancheur parfaite. La rate était remarquable par son volume et l'extrême mollesse de son tissu.

Tous les symptômes que nous avons observés chez les individus atteints de dothinentérite se retrouvent chez le malade dont on vient de lire l'histoire : cependant l'ouverture du cadavre ne montra chez lui aucune trace d'affection des follicules intestinaux; il n'y avait autre chose qu'un érythème de divers points de la membrane muqueuse gastro-intestinale; et, il faut le dire, cet érythème n'était pas plus considérable que celui qu'on rencontre dans bien d'autres cas où des états morbides tout différents ont été observés pendant la vie, et où surtout la langue n'a jamais été ni sèche ni noire.

Avec cette altération différente du tube digestif, nous rencontrons un même état de la rate que celui que nous ont offert les individus atteints de dothinentérite.

Le cerveau et les méninges sont le siége d'une injection assez vive; mais quelle importance attacher à une lésion dont l'existence est si peu constante dans des cas où ont eu lieu les mêmes désordres fonctionnels?

L'individu qui fait le sujet de cette observation se distinguait de plusieurs des précédents par sa forte constitution, ses muscles prononcés, son embonpoint considérable. Comme d'autres, cependant, qui offraient des conditions physiologiques tout opposées, il présentait les signes d'une forte prostration, lorsqu'il entra à l'hôpital; mais ces signes disparurent bientôt, et ceux d'une forte excitation du système nerveux apparurent; enfin, vingt-quatre heures avant la mort, la prostration devint de nouveau le phénomène prédominant. Il semble qu'alors on comprenne mieux comment finit la vie que dans d'autres cas cités plus haut, où la mort vient tout à coup à frapper les malades au milieu d'une vive agitation, et lorsqu'ils témoignent encore de leur force par la violence de leurs cris et par l'énergie de leurs mouvements musculaires. Rappelez-vous, entre autres cas, comment la vie s'est éteinte chez l'individu qui fait le sujet de l'observation XLIII.

Parmi les phénomènes remarquables de cette maladie, nous noterons l'éruption pétéchiale qui se flétrit à mesure que la maladie marcha vers une terminaison funeste; les sueurs qui eurent lieu dans les derniers temps, et qui n'apportèrent aucun soulagement; la teinte pâle et livide

de la face, et plus tard, sa vive injection; le pouls, qui resta très-faible et qui devint de plus en plus fréquent; la température de la peau, qui ne fut jamais que médiocrement élevée; la langue, qui, sèche et brune pendant les deux périodes d'adynamie, se nettoya et redevint humide pendant la période d'excitation; enfin, la paralysie de la vessie, et plus tard la cessation de la sécrétion même de l'urine.

XLVe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Au début, diarrhée sans symptôme grave ; puis fièvre continue ; langue sèche et noire ; parotide ; adynamie ; d'abord émissions sanguines répétées. Plus tard, révulsifs et toniques. Rougeur en divers points de la membrane muqueuse gastro-intestinale ; ulcérations du rectum avec couche membraniforme à la surface. Pneumonie.

Un mégissier, âgé de 21 ans, tempérament lymphatico-sanguin, habitant Paris depuis deux mois, a du dévoiement depuis trois semaines. Pendant les huit premiers jours il eut sept à huit selles dans les vingt-quatre heures. Il ressentit alors de légères douleurs abdominales. Les huit ou dix jours suivants, il n'eut plus que trois ou quatre selles par jour. Depuis cinq jours, sans cause connue, le dévoiement a reparu aussi fort qu'au commencement. Depuis deux jours, tête pesante, peau chaude, malaise général.

État du malade à l'époque de son entrée (10 mai 1820). Céphalalgie, face rouge et animée ; œil brillant ; facultés intellectuelles, sensoriales et locomotrices, intactes ; gaieté ; langue rouge et sèche, soif vive, ventre souple et parfaitement indolent, neuf selles depuis vingt-quatre heures ; pouls fréquent et plein, peau brûlante (*tisane d'orge gommée ; potion gommeuse avec addition d'un gros de diascordium*).

11 mai. Disparition de la céphalalgie. Le malade se trouve très-bien. Dix selles ; face calme, moins colorée ; persistance de la sécheresse et de la rougeur de la langue ; ainsi que la fièvre (*trente sangsues à l'anus*).

12. Six selles ; même état du reste (*quinze sangsues à l'anus*).

13. Le pouls conserve sa fréquence, et la peau sa chaleur ; mais la langue est devenue humide. Quatre selles seulement ont eu lieu (*orge, diascordium*).

14. Tristesse, inquiétudes. (Son voisin avait eu toute la nuit un violent délire qui l'avait effrayé.) Altération des traits, air de stupeur ; couleur plombée de la face ; réapparition de la sécheresse de la langue. Six selles ; même état du reste de la peau, toux légère (*douze sangsues à l'anus.*)

15. Prostration plus grande, respiration courte ; toux pénible et sèche : râle crépitant à gauche et en avant au-dessous de la clavicule (*quinze sangsues sur ce point*).

16. Prostration de plus en plus grande ; langue sèche et brune (sept à huit selles) : pouls très-fréquent ; respiration plus libre ; cependant persistance du râle crépitant ; percussion moins sonore là où il se fait entendre.

17. Même état (*vésicatoire à une cuisse.*)

18. Gonflement à la parotide droite pendant la nuit. Ce matin, elle n'est que médiocrement tuméfiée ; la peau qui la recouvre est lisse, tendue, sans rougeur ; la pression de la tumeur est douloureuse. Même état d'ailleurs (*continuation de la tisane d'orge gommée et du diascordium.*)

19 et 20. Le gonflement de la parotide reste stationnaire; le son devient tout-à-fait mat au-dessous de la clavicule gauche ; la respiration ne s'y entend plus.

Le 21, la parotide diminue un peu. Cependant depuis le 18, le dévoiement est devenu chaque jour plus considérable. La prostration n'a cessé de faire des progrès. Changement de traitement le 21 (*décoction de polygala avec addition de deux onces de sirop de coing pour une pinte; deux onces de vin de quinquina, tisane d'orge.*)

Les trois jours suivants, même prescription. Les symptômes adynamiques augmentent; la sécheresse des lèvres, des dents et de la langue, que recouvre un léger enduit fuligineux, persiste ; le dévoiement est aussi abondant (huit à dix selles aqueuses en vingt-quatre heures); des crachats rouillés et visqueux se montrent, la respiration paraît libre ; la parotide n'existe plus.

24. Large vésicatoire sur l'abdomen; celui de la cuisse est séché.

25 et 26. Crachats de la pneumonie au second degré.

27. Les crachats, toujours visqueux, ne sont plus sanguinolents : ils sont d'un gris sale, et adhèrent au vase, qui peut être renversé sans qu'ils se détachent. Le malade a eu, pour la première fois, un léger délire hier au soir et cette nuit. Un érysipèle s'est montré autour du nez ; la langue est très-sèche et noire ; le dévoiement ne diminue pas. Le malade jouit de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles, il dit se bien trouver (*suppression du quinquina ; polygala avec le sirop de coing ; diascordium, limonade minérale, deux bouillons.*)

Le 28, le malade a encore un peu déliré la nuit. Ce matin, réponses lentes, mais justes. Il nous sourit, est plein d'espérance ; cependant les traits de la face sont plus profondément altérés ; l'érysipèle n'existe plus autour des joues, mais il s'est emparé d'un des côtés du cou ; la langue est très-sèche, brune, fendillée ; le pouls, fréquent, est très-petit ; la peau toujours brûlante ; les crachats ont le même aspect que la veille (*même prescription.*)

Le 29, assoupissement : la paupière est à moitié abaissée sur la cornée; mais dès qu'on aborde le malade et qu'on lui parle, l'œil s'anime et conserve encore une expression naturelle : l'altération des traits est portée au plus haut degré ; les joues sont profondément excavées, couvertes de cette poussière sale avant-coureur de la mort ; l'œil est enfoncé dans l'orbite ; le nez est effilé ; les lèvres, rétractées et desséchées, laissent voir les dents fuligineuses et arides. Cependant au milieu de cette affreuse décomposition, l'intelligence est conservée tout entière. Cet œil qui va bientôt s'éteindre, réfléchit encore la pensée ; sur ces lèvres humides vient encore se placer un sourire.

Le malade s'éteignit le soir sans agonie.

OUVERTURE DU CADAVRE

36 *heures après la mort.*

Cerveau sain ainsi que ses dépendances.

Cœur sain, vide de sang; hépatisation rouge du lobe supérieur du poumon gauche.

Abdomen. L'estomac, distendu par des gaz, ne présente qu'une très-légère injection de la membrane interne vers le grand cul-de-sac. La muqueuse du duodénum et des deux cinquièmes supérieurs environ de l'intestin grêle est généralement blanche, la muqueuse des trois cinquièmes inférieurs est fortement injectée. La valvule iléo-cœcale et le cœcum sont d'un rouge livide ; le colon ascendant est blanc ; une large pla-

que d'un rouge foncé s'observe à l'union du colon ascendant et du transverse; le colon descendant et l'S iliaque offrent d'espace en espace des plaques rouges peu nombreuses; la surface interne du rectum est tapissée dans la plus grande partie de son étendue par une matière pultacée, membraniforme, au-dessous de laquelle la muqueuse est rouge et ulcérée en plusieurs points.

Une abondante diarrhée marqua le début de cette maladie; longtemps elle exista, sans que l'individu se vît forcé d'abandonner ses occupations; peu à peu cette affection toute locale se compliqua de symptômes nerveux, dont l'intensité, toujours croissante, conduisit le malade au tombeau. Ici encore, on observe tous les désordres fonctionnels qui accompagnent la dothinentérite, et la dothinentérite n'existe pas. On trouva seulement la membrane muqueuse intestinale injectée dans une partie de son étendue; de plus, le rectum était ulcéré, et une sorte de fausse membrane en couvrait la surface.

Lorsque le malade entra à l'hôpital il ne paraissait pas encore très-gravement affecté. Des sangsues furent alors appliquées à l'anus; les jours suivants il y eut un mieux sensible; mais bientôt, sous l'influence d'une émotion morale, les symptômes reparurent plus graves; dès ce moment l'état adynamique se montra et ne cessa de faire des progrès. On eut de nouveau recours aux sangsues; mais cette fois aucun bien ne suivit leur double application.

A cette époque de la maladie, diverses complications apparurent; une légère dyspnée et la présence du râle crépitant annoncèrent l'invasion d'une phlegmasie pulmonaire; des sangsues appliquées sur le thorax, des révulsifs vésicants, n'en arrêtèrent pas la marche; mais, chose remarquable (et peut être en rapport avec le décroissement journalier des forces), bien que la pneumonie fît des progrès, la gêne de la respiration disparut. Sans l'auscultation et sans la percussion, on aurait pu croire que l'affection pulmonaire avait cessé. Enfin, après quelques jours de cette singulière intermission de symptômes, la pneumonie s'annonça de nouveau par des crachats caractéristiques.

Vers le même temps apparut une parotide : elle se montra, le quatorzième jour, à dater de l'invasion présumée de la fièvre; elle sembla n'exercer sur la maladie aucune influence, resta quelques jours stationnaire, puis s'affaissa et disparut. Mais à peine eut-elle cessé d'exister, que deux érysipèles se montrèrent tour à tour, l'un au nez, l'autre au cou; ils s'évanouirent aussi avant d'avoir parcouru leurs périodes ordinaires.

Le vésicatoire appliqué sur l'abdomen, le traitement tonique employé à une période avancée de la maladie, ne furent suivis d'aucun effet avantageux.

XLVIe OBSERVATION.

Gastrite aiguë, développée à la suite de l'administration du tartre stibié à haute dose. Langue sèche et noire; ballonnement du ventre; adynamie.

Un homme, âgé de 52 ans, entre à l'hôpital de la Pitié avec tous les symptômes d'une pneumonie des mieux caractérisées. Il est d'abord saigné; puis nous commençons chez lui l'administration du tartre stibié dont nous donnons six grains le premier jour et douze le second, dans trois verres d'infusion de feuilles d'oranger, à laquelle nous faisons ajouter une demi-once de sirop diacode. Au moment où ce malade commence l'usage du tartre stibié, les voies digestives ne présentent aucun signe de souffrance; la langue est humide et blanchâtre; il n'y a ni soif, ni vomissements, ni nausées; l'abdomen est, dans tous ses points, indolent et souple : à peine une selle a-t-elle lieu tous les deux jours.

Le lendemain du jour où le malade a pris six grains d'émétique, il ne présente aucun accident du côté des voies digestives; elles nous paraissent dans le même état que la veille; quelques nausées ont eu lieu, sans vomissement. Les signes d'une pneumonie au second degré persistent dans toute leur intensité.

Ainsi que nous l'avions fait, sans inconvénient, dans beaucoup d'autres cas, nous doublons la dose du tartre stibié.

Dans la journée même, d'abondants vomissements surviennent, et un grand nombre de selles ont lieu.

Lorsque nous revoyons le malade, les vomissements continuent ainsi que la diarrhée; la langue, naturelle jusqu'alors, a rougi et s'est séchée. Le malade accuse à l'épigastre une douleur vive que la pression augmente. L'administration du tartre stibié est suspendue. Toutefois, dans les vingt-quatre heures suivantes, les vomissements persistent, puis ils cessent, pour ne plus reparaître; mais les voies digestives restent affectées, et pendant les six jours suivants, nous voyons se développer des symptômes de plus en plus graves.

Ainsi, la langue se couvre d'un enduit noir, les lèvres et les dents deviennent fuligineuses. Le ventre se tend et se ballonne à un tel point que le colon peut être suivi dans son trajet à travers les parois abdominales; quatre à cinq selles ont lieu chaque jour. La face acquiert une teinte plombée et présente un air de stupeur des plus remarquables. Bientôt le malade ne répond plus aux questions; il a un délire sourd; tous ses traits sont immobiles; quelques soubresauts de tendons se font sentir; la prostration devient de plus en plus grande, et la mort a lieu une vingtaine de jours après l'invasion de la pneumonie.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Tout le poumon gauche, excepté à son sommet, présente un mélange d'hépatisation rouge et grise. Le cœur n'offre rien de remarquable.

L'estomac est contracté, et un mucus grisâtre tapisse sa surface interne. Au-dessous de ce mucus, il présente, dans toute son étendue, un fond ardoisé que surmonte un

pointillé rouge des plus vifs ; un examen attentif fait bientôt reconnaître que ce pointillé résulte d'une injection fine et générale des villosités. En même temps qu'elle est ainsi colorée, la membrane muqueuse a subi un épaississement considérable ; loin d'être ramollie en aucun de ses points, elle est partout comme indurée, et elle a un aspect grenu. Les valvules du duodénum sont d'un rouge intense. L'intestin grêle n'offre autre chose qu'une injection légère de sa membrane muqueuse dans l'étendue d'un pied au-dessus de la valvule iléo-cœcale. On ne découvre dans cet intestin aucun follicule. Le cœcum participe à l'injection de la fin de l'intestin grêle. La membrane muqueuse du colon présente un certain nombre de rides rouges entre lesquelles elle est blanche et de consistance normale.

Le foie, assez gorgé de sang, n'offre d'ailleurs rien d'insolite. La rate a son volume et sa consistance ordinaires.

Aucune altération appréciable n'existe dans les centres nerveux, non plus que dans leurs enveloppes.

Si Pinel eût donné un nom à la maladie qui fait le sujet de l'observation qu'on vient de lire, il l'aurait appelée *fièvre adynamique survenue pendant le cours d'une pneumonie*. On y retrouve, en effet, tous les symptômes caractéristiques de cette fièvre. Cependant est-ce ici le trouble du système nerveux qui ouvre la scène? en aucune façon. C'est par les voies digestives que commencent manifestement les accidents (rougeur et sécheresse de la langue ; évacuations abondantes par haut et par bas ; douleur épigastrique). Puis de ces accidents il ne reste plus que la rougeur de la langue et un peu de diarrhée, mais c'est alors qu'apparaissent les *symptômes dits adynamiques*. Tous ces désordres succèdent d'une manière si subite à l'administration du tartre stibié, on voit si clairement les accidents partir des voies digestives, qu'on ne peut guère se refuser à la pensée que l'ingestion de l'émétique dans l'estomac en est la cause. A cela sans doute on va répondre que dans mille autres cas rien de semblable ne s'observe ; nous l'accordons, mais nous savons aussi qu'il est des dispositions particulières qui rendent très-dangereuse l'administration, ordinairement innocente, de l'émétique à haute dose.

Il n'y a pas longtemps, par exemple, que nous avons vu en ville un homme, âgé de 48 ans, atteint d'une pneumonie grave, parvenue au degré d'hépatisation, auquel on fit prendre, par fractions, six grains seulement de tartre stibié dans une potion de six onces. Avant que l'on eût commencé l'administration de ce médicament, les voies digestives paraissaient être dans un bon état ; la langue était humide et pâle ; les antécédents nous avaient appris que le malade avait habituellement les digestions faciles. Après les premières cuillerées de la solution stibiée,

des vomissements apparurent; on espéra que la tolérance s'établirait, ainsi que cela arrive dans bien des cas, et l'on continua; mais un résultat tout contraire eut lieu; les vomissements devinrent de plus en plus fréquents; la langue, naguère pâle et humide, rougit et se sécha comme un morceau de parchemin. Les deux jours suivants, le malade ne passa pas un quart-d'heure sans que les vomissements se renouvelassent; rien ne put les arrêter, et épuisé par eux, il succomba. L'ouverture du corps ne put point être faite.

L'observation qui nous inspire ces réflexions, nous montre donc l'exemple bien tranché d'une fièvre dite adynamique que produit une inflammation aiguë de l'estomac. Est-ce là la fièvre typhoïde? Non, ce n'est point par l'ordre et par la succession des symptômes la pyrexie, qui a pour caractère anatomique l'inflammation des glandes de Peyer: mais, par la nature des symptômes, n'est-ce point une maladie de la même famille? C'est une gastrite, à propos de laquelle se sont développés des symptômes adynamiques.

ARTICLE III.

OBSERVATIONS SUR DES CAS DE MALADIES DIVERSES, ACCOMPAGNÉES DE SYMPTÔMES TYPHOÏDES, SANS LÉSION APPRÉCIABLE DU TUBE DIGESTIF.

Toutes les fois qu'après avoir observé les deux groupes morbides désignés par les nosographes sous le nom de fièvre bilieuse et muqueuse, nous avons pu examiner sur le cadavre l'état des organes, nous avons rencontré dans les voies digestives des lésions qui nous ont rendu compte au moins d'une partie des symptômes observés pendant la vie. Il n'en a pas toujours été ainsi chez les individus qui nous ont présenté ces divers groupes de phénomènes morbides qui ont été désignés sous les noms de fièvre inflammatoire, adynamique, ataxique. Très-souvent dans ces cas nous avons trouvé des lésions du tube digestif, les observations précédentes en font foi; mais bien souvent aussi il nous est arrivé de ne pouvoir établir aucun rapport entre l'intensité de ces lésions et la gravité des symptômes; de telle sorte, par exemple, que dans le tube digestif d'un individu mort pendant le cours d'une légère fièvre bilieuse, nous trouvions une altération égale en intensité et en nature à celle que nous rencontrions dans l'intestin d'un autre individu mort avec les symptômes d'une fièvre ataxo-adynamique des plus graves.

Les précédentes observations en font également foi. S'il en est ainsi, n'est-il pas raisonnable de penser que les diverses lésions que l'anatomie découvre dans le tube digestif des malades qui succombent pendant le cours d'une fièvre grave, n'en sont pas l'unique cause? ne doit-on pas établir que les phénomènes adynamiques ou ataxiques dépendent beaucoup moins, dans ces cas, de la nature ou de l'intensité seule de la lésion intestinale, que de la disposition dans laquelle cette lésion, intense ou légère trouve l'innervation? Que si maintenant l'on voit apparaître ces divers phénomènes, appelés adynamiques ou ataxiques, dans des cas où, à l'ouverture des cadavres, on trouve le tube digestif sain et d'autres organes lésés, la proposition que nous venons d'établir ne se trouvera-t-elle pas singulièrement confirmée par de pareils faits, et ne serons-nous pas en droit de dire que les symptômes appelés adynamiques ou ataxiques sont le résultat d'un trouble d'action des centres nerveux, trouble quelquefois primitif, et pouvant alors exister sans lésion appréciable à l'ouverture des corps; mais le plus souvent consécutif, et se développant alors à l'occasion de la lésion d'un organe quelconque, du tube digestif comme de tout autre? Les observations suivantes vont servir à prouver l'exactitude de cette manière de voir.

Ces observations constituent des séries : dans les unes les symptômes typhoïdes coïncident avec des lésions de divers organes qui peuvent en être considérées comme le point de départ; ces lésions sont au moins l'occasion de leur développement. Dans les autres observations, ces lésions elles-mêmes n'existent plus, et c'est à une altération primitive, mais encore indéterminée, des centres nerveux et du sang que doivent être rapportés les symptômes.

§ I. SYMPTOMES TYPHOIDES, DÉVELOPPÉS A L'OCCASION DE LÉSIONS DIVERSES APPRÉCIABLES PAR L'ANATOMIE.

Nous avons choisi les observations qu'on va lire, parmi beaucoup d'autres analogues, pour montrer que les maladies les plus différentes les unes des autres par leur siége peuvent avoir également pour cortége ou pour terminaison les symptômes, toujours les mêmes, qui constituent l'état ataxo-adynamique ou typhoïde. Ainsi nous allons voir ces symptômes se développer à propos d'un érésipèle, d'un phlegmon, de diverses maladies des voies urinaires, d'une pneumonie, d'une hépatite, d'une variole, d'une rougeole, d'une phlébite, d'une métrite, etc. Dans

ces cas, nous le répétons encore, nous ne trouverons plus cette même pyrexie qui accompagne l'entérite folliculeuse; ce ne sera donc plus la fièvre typhoïde de MM. Chomel et Louis; mais ce seront toujours les symptômes de cette fièvre autrement combinés.

XLVIIe OBSERVATION.

Érésipèle de la face et du tronc. Fuliginosités de la langue et de la bouche. Délire. Prostration.

Un marchand de parapluies, âgé de 47 ans, était atteint d'un érésipèle à la face, lorsqu'il entra à la Maison royale de santé dans le courant du mois de janvier 1832. Il répondait péniblement aux questions, et de temps en temps il déraisonnait; la langue, couverte d'un enduit jaune, était en même temps très-sèche; le pouls avait une grande fréquence et la peau était très-chaude. Nous ne pûmes obtenir aucun renseignement sur les antécédents : trente à quarante heures après l'entrée de ce malade, la desquamation commença à se faire sur la figure, mais en même temps un nouvel érésipèle apparut au cou, et peu à peu il s'étendit à la poitrine, au dos, au ventre, et jusqu'au commencement des cuisses. Pendant dix jours l'érésipèle ne cessa ainsi de s'étendre. Pendant ce temps, l'état du malade devint de plus en plus grave; un délire complet s'établit ; d'abord ce délire fut accompagné d'une grande excitation; le malade s'agitait beaucoup et vociférait sans cesse; puis il tomba dans un grand affaissement, et il mourut dans un état comateux. Depuis l'époque de son entrée jusqu'à sa mort, la langue devint de plus en plus sèche; au moment où l'agitation cessa, elle se couvrit, ainsi que les dents et les lèvres, de croûtes noires; le ventre ne fut jamais ballonné; les selles n'offrirent rien de particulier; le pouls resta toujours très-fréquent, et devint de plus en plus misérable; dans les dernières quarante heures de la vie, nous comptâmes cent quarante-six battements par minute. Jusqu'au moment de la mort, le tronc présenta des traces de l'érésipèle qui en avait successivement parcouru tous les points.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les méninges étaient pâles, à peine parcourues par quelques veines à moitié remplies de sang; la substance du cerveau n'était point injectée, et elle avait sa consistance normale.

Les poumons étaient engoués à leur partie postérieure, sains d'ailleurs. Le cœur ne présentait rien d'insolite; les artères et les veines avaient conservé une couleur blanche à leur surface interne.

Le pharynx et l'œsophage étaient sains; la membrane muqueuse de l'estomac, un peu mamelonnée vers le pylore, offrait, vers sa face postérieure, près du cardia, un très-léger pointillé rouge; partout ailleurs elle était parfaitement blanche, et elle n'était ni ramollie, ni indurée : son épaisseur était également normale. Le duodénum avait une teinte grisâtre. Dans le jéjunum et l'iléum, on ne voyait autre chose qu'un certain nombre de veines remplies de sang qui rampaient au-dessous de la membrane muqueuse : celle-ci était pâle dans toute son étendue, excepté dans quelques anses qui avaient occupé une position déclive. Il n'y avait dans tout l'intestin grêle aucun follicule apparent. Le cœcum était un peu injecté; le reste du gros intestin était blanc.

Les autres organes ne présentèrent rien de remarquable, si ce n'est la rate qui avait un volume considérable, et dont le tissu était d'une grande mollesse.

La rougeur de la peau du dos, du ventre et du haut des cuisses avait disparu ; on voyait çà et là sur cette peau quelques larges phlyctènes remplies d'une sérosité rougeâtre. Au-dessous de la peau du dos, le tissu cellulaire était infiltré d'une quantité assez notable de sérosité un peu louche.

On ne saurait douter que l'érésipèle n'ait été dans ce cas la cause occasionnelle, ou, si l'on veut, le point de départ des symptômes ataxo-adynamiques auxquels succomba le malade. La vaste étendue de la peau, qui fut envahie par l'inflammation, suffit, sans la participation de souffrance d'aucun autre organe, pour imprimer au système nerveux une perturbation grave. Ainsi, sans altération des voies digestives, la langue peut se sécher et noircir ; sans cette altération, des symptômes typhoïdes peuvent se manifester. Nous avons eu soin de noter que les vaisseaux furent trouvés dans l'état le plus sain, circonstance importante, parce qu'on aurait pu penser que l'érésipèle n'avait produit ces symptômes qu'après s'être compliqué de phlébite.

XLVIIIe OBSERVATION.

Érésipèle phlegmoneux du bras. Symptômes de fièvre adynamique. Langue sèche, etc. Tube digestif sain. Rate volumineuse et molle.

Un ancien militaire, âgé de 35 ans, d'une forte constitution, entra à la Charité le 5 janvier 1820, pour se faire traiter d'une blennorragie. Elle céda aux adoucissants. Dans les premiers jours de février, cet homme éprouva de la difficulté à uriner. A la suite de plusieurs tentatives pour le sonder, le prépuce et le gland s'enflammèrent. Dès lors, malaise, insomnie, pouls fréquent, peau chaude. Le 29 février, prostration. Douleurs vives dans le membre thorachique droit ; début d'un érésipèle phlegmoneux dans cette partie. Langue très-sèche, encroûtée de matières jaunâtres, ventre ballonné, diarrhée légère ; pouls très-fréquent et facilement déprimable ; léger délire dans la soirée. (*Tisane d'orge édulcorée ; potion gommeuse ; deux bouillons.*)

Le 1er mars, même état général ; bras plus tuméfié.

Le 2, délire continuel ; langue très-sèche, encroûtée ; deux selles liquides, pouls faible ; phlyctènes remplies d'une sérosité jaunâtre au pli du coude du bras malade ; au-dessous, taches noirâtres peu étendues ; rougeur livide de la peau. (*Deux vésicatoires aux jambes, infusion de quinquina ; limonade minérale.*)

Le 3, mêmes symptômes ; multiplication des phlyctènes et taches noires. (*Compresses imbibées d'alcool camphré sur le membre ; mêmes boissons.*)

Le 4, agitation très-grande toute la nuit ; le lendemain matin, loquacité remarquable ; soubresauts des tendons ; langue sèche et racornie comme un morceau de parchemin. (*Sinapismes aux jambes.*)

Pendant les journées du 5 et du 6, persistance des mêmes symptômes ; escarres de la peau du bras. Mort dans la matinée du 7.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Une incision profonde faite aux téguments du membre affecté montra le tissu cellulaire sous-cutané gorgé d'un liquide séro-sanguinolent, et infiltré de pus ; le tissu cellulaire intermusculaire présentait des traînées de pus blanchâtre.

Un peu de sérosité à la base du crâne et dans le canal rachidien.

Poitrine saine.

L'estomac, le duodénum et l'intestin grêle, de volume ordinaire, présentaient à l'intérieur une teinte blanche légèrement rosée. La valvule iléo-cœcale et le cœcum étaient sains. Le reste du gros intestin offrait des taches livides en quelques endroits, notamment à l'union du colon transverse avec le descendant ; il était contracté.

Rate très-volumineuse, gorgée de sang, s'avançant jusque sur le rein.

Cette observation présente tous les symtômes d'une fièvre adynamique, la sécheresse de la langue est surtout remarquable ; et cependant il n'y a dans le tube digestif aucune lésion qui puisse en rendre compte. L'apparition de ces symptômes coïncida avec les phlyctènes, les taches noires, et enfin la véritable gangrène de la peau du membre affecté.

La rate est ici volumineuse, comme chez la plupart des autres individus qui, ayant ou non une dothinentérite, nous ont présenté des symptômes adynamiques.

XLIXe OBSERVATION.

Phlegmon terminé par gangrène autour de scarifications faites à un membre infiltré ; fièvre adynamique ; langue et dents fuligineuses ; évacuations involontaires. Tube digestif sain ; rate ordinaire. Affection organique du cœur.

Un homme, âgé de 53 ans, présentait tous les signes d'une hydropisie par affection organique du cœur, lorsqu'il fut soumis à notre examen ; peu de jours après son arrivée, le volume énorme des membres abdominaux engagea M. Lerminier à faire pratiquer quelques scarifications sur ces membres ; un prompt dégorgement eut lieu dans le membre gauche, mais il n'en fut pas de même à droite ; la cuisse et la jambe de ce côté ne tardèrent pas à présenter, autour des points de la peau qui avaient été incisés, une couleur d'un rouge livide, qui bientôt devint noire ; en même temps tuméfaction considérable du membre ; rougeur générale de la peau de la cuisse ; vive douleur à la moindre pression. (*Fomentations émollientes*). Pendant les trois ou quatre premiers jours, l'état général resta bon ; mais au bout de ce temps, et à mesure que phlegmon faisait des progrès, les traits s'altérèrent rapidement, une expression très-prononcée d'abattement se dessina sur la figure ; une mucosité visqueuse, colante, d'un gris sale, remplit la bouche ; puis la langue brunit, devint sèche comme un morceau de parchemin ; des croûtes noires couvrirent les dents ; l'intelligence perdit sa netteté ; le malade cessa de

répondre aux questions; il prononçait continuellement, et comme en marmottant, des paroles inintelligibles ; il succomba dans cet état, douze à treize jours après que les scarifications eurent été faites.

OUVERTURE DU CADAVRE

17 heures après la mort.

Rien d'appréciable dans les centres nerveux, dont la substance est plutôt pâle qu'injectée. Les veines des méninges contiennent peu de sang. Les ventricules sont presque vides de sérosité.

Engouement séreux considérable des deux poumons; caillot assez consistant, d'un blanc jaunâtre dans le cœur, qui est anévrismatique, mais dont le tissu à une bonne consistance, et dont la surface interne est pâle. Un peu de sang coagulé dans les gros troncs artériels, qui n'offrent aucune coloration insolite, non plus que les veines.

La surface interne de l'estomac et celle des intestins n'offre autre chose que quelques veines qui rampent au-dessous de la muqueuse.

La rate est peu volumineuse et assez dense.

Rien de remarquable dans les autres viscères abdominaux.

Une notable quantité de pus infiltre le tissu cellulaire du membre abdominal droit.

Cette observation ressemble beaucoup à la précédente. Dans toutes deux les symptômes adynamiques, la sécheresse de la langue, les fuliginosités des dents, le délire survinrent à la suite d'un phlegmon. Dans toutes deux il y eut fièvre adynamique, sans que le tube digestif présentât de lésion appréciable après la mort.

La rate ne fut point ici volumineuse, comme dans le cas précédent.

Nous avons insisté, dans un autre volume, sur la gangrène qui survient souvent autour des scarifications des membres infiltrés, gangrène dont cette observation présente un exemple.

Le OBSERVATION.

Inflammation d'un des reins et de la vessie. Symptômes de fièvre adymanique. Langue sèche et noire, dents fuligineuses, etc. Tube digestif sain. Rate volumineuse et molle.

Un homme de 60 ans environ fut apporté à la Charité dans l'état suivant : teinte plombée de la face, réponses nulles aux questions ; marmottement continuel ; lèvres, dents et langue couvertes d'un enduit fuligineux ; quelques pétéchies sur l'abdomen, qui est souple et paraît indolent ; selles naturelles ; pouls petit, très-fréquent ; peau sans chaleur ; soubresauts des tendons.

Les deux jours suivants, cet individu resta à peu près dans le même état; il mourut le troisième jour.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Cerveau sain, ainsi que ses annexes.

Poumons crépitants, à peine engoués; cœur vide de sang.

L'estomac ne présente autre chose de remarquable que quelques grosses veines qui rampent au-dessous de la muqueuse vers le grand cul-de-sac. Partout cette muqueuse est pâle et de bonne consistance. Examinée dans toute son étendue, la surface interne de l'intestin ne présente aucune altération appréciable; elle est blanche partout; en plusieurs points on aperçoit quelques veines pleines de sang se dessiner à travers la muqueuse.

Le rein droit est remarquable par sa couleur d'un rouge foncé, et par la grande friabilité de son tissu. Les calices, considérablement dilatés, sont remplis par une matière puriforme qu'on retrouve aussi dans l'uretère de ce côté.

La vessie, revenue sur elle-même, présente une épaisseur insolite du tissu cellulaire interposé entre la tunique charnue et la muqueuse; en quelques points ce tissu cellulaire a un aspect squirrheux. La membrane muqueuse vésicale est dans toute son étendue d'un rouge cerise.

La rate est remarquable par son volume et par sa grande mollesse.

Dans cette observation nous trouvons le tube digestif aussi sain que dans la précédente : cependant la fièvre adynamique était ici bien caractérisée. Son point de départ avait été dans l'affection des voies urinaires.

Du reste, les personnes qui ont observé un certain nombre d'individus atteints de maladies chroniques des voies urinaires, savent qu'il n'est pas rare de voir chez ces individus la vie se terminer au milieu des symptômes d'une fièvre adynamique; leurs forces se perdent, leur intelligence devient obtuse, leur langue se sèche, et ils succombent.

LIe OBSERVATION.

Ancienne attaque d'apoplexie. Lors de l'entrée à la Charité, débilité générale; bientôt hémorragie intestinale; puis symptômes adynamiques; langue sèche et noire; mort. Abcès dans la prostate; autre abcès dans les muscles thorachiques. Tube digestif ne présentant d'autres lésions qu'un peu de rougeur dans le grand cul-de-sac de l'estomac. Ancien foyer hémorragique dans un hémisphère cérébral.

Un ouvrier en cuivre, âgé de 50 ans, fut frappé, du 15 au 20 octobre 1821, d'une attaque d'apoplexie. Il perdit connaissance pendant plusieurs heures; lorsqu'il revint à lui, ses membres droits étaient paralysés; la commissure droite des lèvres était tirée en bas, la langue se déviait à droite. Il fut abondamment saigné, et couvert de sinapismes et de vésicatoires. La paralysie se dissipa au bout de cinq semaines.

Lorsqu'il entra à l'hôpital, il ne se plaignait que d'une grande faiblesse générale. Peu à peu nous le vîmes tomber dans cet état de dépérissement que les anciens désignaient sous le nom *cachexie.* Sa face était d'une pâleur remarquable; sa faiblesse était telle, qu'il ne pouvait sortir de son lit; ses mouvements étaient libres, son intelligence intacte. Au commencement du mois de mars il rendit sans douleur, sans ténesme, une assez grande quantité de sang par les selles; puis il eut un léger dévoiement qui céda à l'usage de la tisane de riz gommée et acidulée avec l'eau de Rabel. La fièvre s'alluma. Le malade com-

mença à ressentir une douleur à la partie inférieure du côté droit du thorax. Le 12 mars, langue sèche, rouge au centre; soif; ventre indolent; pouls fréquent et faible; prostration.

Même état les deux jours suivants; constipation. (*Décoction de polygala*.)

Le 15, langue sèche et noire; soif médiocre, pas de selle : intelligence très nette; parole libre; pouls fréquent, assez résistant, persistance de la douleur de côté.

Le 16, altération profonde des traits de la face; mort le 17. Conservation de l'intelligence jusqu'au dernier moment.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Épanchement d'une assez grande quantité de sérosité limpide dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

Coupé par tranches minces, le cerveau n'offrit rien de remarquable jusqu'au niveau des ventricules qui étaient remplis de sérosité limpide. En dehors et au niveau du corps strié gauche, existait une cavité oblongue, ayant environ un pouce de long sur deux pouces de profondeur, et large de trois à quatre lignes, remplie par une petite quantité d'un liquide couleur chocolat, tapissée par une membrane mince et lisse, ayant l'aspect d'une membrane séreuse. Aucune autre altération n'existait dans le cerveau et ses dépendances. Le cervelet paraissait dans toute son étendue plus mou que de coutume.

Du poumon droit incisé s'écoula une énorme quantité de sérosité spumeuse incolore (*œdème*); le gauche en contenait moins.

Les parois du ventricule gauche du cœur étaient assez fortement hypertrophiées.

La face interne de l'estomac était blanche dans toute son étendue, excepté vers le grand cul-de-sac, dans un espace de trois travers de doigt en tous sens. Là, existait une assez vive rougeur qui résidait dans la muqueuse un peu ramollie, mais pouvant encore toutefois être enlevée en membrane.

La surface interne du reste de l'intestin, depuis le duodénum jusqu'au rectum, était très-blanche, excepté dans quelques points épars où existait une légère injection sous-muqueuse. Partout la membrane muqueuse elle-même était saine.

Un petit foyer purulent existait dans l'épaisseur des muscles thoraciques du côté droit; de là la douleur ressentie dans ce point.

La prostate était le siége d'un vaste abcès.

Nous ne pensons pas que l'état du tube digestif puisse ici expliquer les symptômes observés pendant la vie. Ainsi encore, dans ce cas, il y eut fièvre adynamique avec sécheresse et noirceur de la langue, avec point de départ ailleurs que dans les voies digestives. Ce point de départ était évidemment la maladie de la prostate.

Remarquerons-nous l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, par laquelle on peut expliquer la résistance que présenta le pouls jusque dans les derniers moments, résistance qui semblait en désaccord avec

l'ensemble des autres symptômes? Remarquerons-nous encore la non cicatrisation de l'ancien foyer apoplectique, bien que depuis longtemps toute espèce de paralysie eût disparu?

LIIe OBSERVATION.

Age avancé. Fièvre adynamique; pneumonie latente; tube digestif sain.

Une femme, âgée de 81 ans, était entrée depuis quelque temps à l'hôpital, lorsqu'elle tomba dans une prostration qui devint bientôt extrême. L'intelligence était troublée, sans qu'il y eût un véritable délire; la langue était très-sèche, brune, fuligineuse. On n'observait d'ailleurs ni dyspnée, ni toux, ni expeetoration. Cette femme resta une huitaine de jours dans cet état, et succomba. Au moment de sa mort elle était d'une maigreur squelettique.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le poumon gauche, dans sa presque totalité, est en hépatisation rouge.

La surfaee interne de l'estomac est blanehe, ses parois sont remarquables par leur grande mineeur, surtout vers le grand cul-de-sac; on trouve à peine dans ces parois quelques traees de fibres musculaires.

Dans le reste de son étendue, le tube digestif ne présente aucune lésion appréciable.

Il n'y a pas plus ici que dans les cas précédents, de lésion des voies digestives, et cependant il y a sécheresse, noirceur de la langue, fièvre adynamique. Ce n'est pas la seule fois où nous avons vu chez des vieillards une pneumonie, à symptômes locaux infiniment peu prononcés, les entraîner au tombeau, en modifiant chez eux l'innervation de telle sorte qu'il en résulte cet ensemble de phénomènes qu'on est convenu de désigner par l'expression d'état adynamique.

LIIIe OBSERVATION.

Ramollissement rouge du foie; aucune autre lésion. Fièvre adynamique.

Un vieillard, âgé de près de 80 ans, entra à la Pitié dans l'état suivant.

Face pâle, avee teinte jaunâtre du pourtour des lèvres et des ailes du nez; air de stupeur des plus prononeés; prostration telle qu'il est impossible au malade de se tenir quelques seeondes sur son séant; intelligenee singulièrement obtuse, à tel point qu'en adressant plusieurs fois la même question au malade, on n'obtient pour toute réponse que quelques mots inintelligibles. La langue sort de la bouche avec peine et en trem-

blant ; une croûte jaune en recouvre le centre, et ses bords, ainsi que sa pointe, sont adhérents au palais et aux dents par une mucosité épaisse et visqueuse. Le ventre est souple et indolent ; les selles sont rares. Les membres supérieurs sont agités d'un tremblement continuel qui empêche d'abord de sentir le pouls ; lorsqu'on est parvenu à le découvrir, on le trouve petit, irrégulier et très-fréquent. La peau est chaude et aride ; les mouvements de la respiration sont séparés par des intervalles très-inégaux, et on la voit tour à tour s'accélérer et se ralentir d'une manière remarquable.

Tout ce que nous pouvons savoir sur les antécédents, c'est que depuis une quinzaine de jours ce vieillard garde le lit ; que d'abord il a perdu son appétit et ses forces, et que peu à peu il est tombé dans l'état que nous venons de décrire.

Les jours suivants, la prostration augmenta de plus en plus ; le malade tomba dans une sorte de délire sourd qui le rendit complétement étranger à toutes les impressions extérieures ; la langue, les dents et les lèvres devinrent fuligineuses ; le pouls sans rien perdre de sa grande fréquence, devint filiforme ; la peau se refroidit ; la respiration s'embarrassa, et la mort eut lieu vingt jours environ à dater du jour où ce vieillard s'était alité.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Légère infiltration séreuse de tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères cérébraux. Pâleur des méninges, une demi-cuillerée à bouche de sérosité limpide dans chaque ventricule latéral. Substance du cerveau pâle comme les membranes qui l'enveloppent.

Anciennes adhérences des plèvres costale et pulmonaire du côté droit ; raréfaction notable du tissu pulmonaire ; engouement des deux poumons à leur partie postérieure. Vers le sommet du poumon gauche, plusieurs vésicules rompues ou dilatées forment comme de grosses ampoules qui dépassent de quelques lignes la surface extérieure du poumon ; tout à fait au sommet, elles entourent, au nombre de cinq à six, une dépression qui ressemble à une cicatrice. En quelques points des deux poumons, on trouve les bronches, notablement dilatées. Tout le parenchyme pulmonaire est chargé d'une grande quantité de matière colorante noire.

Du sang coagulé remplit les cavités du cœur. Cet organe ne présente d'autre lésion qu'une ossification remarquable d'une des valvules aortiques. L'aorte contient aussi plusieurs plaques osseuses.

L'estomac est rempli d'un liquide grisâtre, qui exhale une odeur aigre. Sa membrane muqueuse est partout très-pâle ; elle est fort mince vers le pylore. Les villosités de la première courbure du duodénum sont colorées en noir. Le reste de l'intestin grêle est pâle comme l'estomac. On n'y découvre aucune trace de follicules, soit isolés, soit agminés. Le cœcum est un peu injecté ; le colon et le rectum sont blancs, et leur membrane muqueuse a une bonne consistance.

Le foie, de volume ordinaire, présente une couleur rouge uniforme ; mais ce qu'il offre surtout de remarquable, c'est l'extrême friabilité de son tissu, qui s'écrase sous le doigt avec une merveilleuse facilité. Une bile noire et poisseuse distend la vésicule du fiel.

La rate, assez volumineuse, est aussi très-molle.

L'appareil urinaire est à l'état sain.

Le système vasculaire, à sang rouge et à sang noir, a été disséqué avec soin ; il n'a offert aucune lésion.

Cette observation fournit matière aux mêmes réflexions que les précédentes ; ce sont toujours des symptômes typhoïdes qui se développent, sans lésion concomittante des voies digestives. Dans l'observation LII, c'était le poumon dont la phlegmasie avait été le point de départ de ces symptômes ; ici c'est le foie ; c'est du moins dans cet organe seulement qu'on trouve quelque altération. Nous reviendrons, dans un autre endroit de cet ouvrage, sur la nature de la lésion dont il était le siége. Remarquons seulement que les individus qui font le sujet de ces deux observations étaient l'un et l'autre d'un âge fort avancé.

LIVe OBSERVATION.

Rougeole. Le deuxième jour de l'éruption, violent délire, suivi d'un état comateux. Aucune lésion appréciable dans les organes inférieurs.

Un homme de 28 ans environ, fortement constitué, entra à la Pitié avec une fièvre intense, accompagnée d'une toux très-forte, et de coriza. La face était rouge, les yeux injectés et larmoyants ; la langue avait une belle couleur vermeille ; le ventre était dans tous ses points souple et indolent ; il n'y avait point de diarrhée. La percussion de la poitrine ne donna que des renseignements négatifs ; l'auscultation fit entendre en divers points un peu de râle muqueux. Cet homme toussait depuis une huitaine de jours ; mais depuis deux seulement il avait été pris de fièvre, et s'était mis au lit. Nous lui fîmes pratiquer une saignée de seize onces. Le sang ne nous offrit aucune couenne.

Pendant les vingt-quatre heures suivantes, l'état du malade resta le même, puis sa peau se couvrit d'une éruption qui avait tous les caractères de la rougeole la mieux dessinée. D'abord tout parut marcher très-bien ; puis, trente-six ou quarante heures environ à dater du moment où avait apparu l'éruption rubéolique, l'intelligence se troubla tout à coup, et bientôt un délire furieux s'établit ; on fut obligé de mettre la camisole au malade. Il s'agitait avec violence, vociférait sans cesse, et accablait d'injures tous ceux qui l'approchaient ; ses propos n'avaient d'ailleurs aucune suite. Une salive écumeuse découlait continuellement de sa bouche ; il avalait avec une avidité extraordinaire les liquides qu'on lui présentait, et sans cesse il demandait à boire ; la langue, que nous aperçûmes au fond de la bouche, n'était cependant ni sèche ni rouge. De temps en temps le tronc se soulevait brusquement, comme si une secousse tétanique s'en emparait. De continuels soubresauts de tendons se faisaient sentir, et à peine pouvait-on, dans leurs intervalles, saisir les caractères du pouls. Nous nous assurâmes toutefois qu'il conservait une grande fréquence et du développement. L'éruption était encore très-marquée à la figure et sur la poitrine ; elle avait disparu sur les membres. Nous fîmes appliquer quarante sangsues au cou, et, en même temps que le sang coulait, les extrémités inférieures furent couvertes de sinapismes.

Pendant trois jours le même état persista ; une seconde application de sangsues fut faite ; elle n'eut pas plus de succès que la première. Au bout de ce temps, la scène changea tout à coup ; à la violente excitation que le malade avait présentée jusqu'alors, succéda brusquement un accablement extrême ; plus de cris, plus d'agitation, plus de mouvements convulsifs ; mais à la place de ces phénomènes, une prostration complète, et bientôt un coma profond, au milieu duquel succomba le malade.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Injection fort légère des membranes qui enveloppent le cerveau ; leur transparence n'est pas troublée, et aucun liquide ne les infiltre. La substance grise des circonvolutions a sa couleur et sa consistance ordinaires ; dans le reste du cerveau nous ne découvrons rien d'insolite ; sa substance n'offre qu'un assez petit nombre de points rouges, et ses ventricules ne contiennent que peu de sérosité.

Dans le thorax, il n'y a rien de remarquable. Le cœur contient du sang coagulé; son tissu est ferme, et assez peu coloré; les artères et les veines ne présentent rien à noter.

A la surface interne de l'estomac, on trouve quelques rides, dirigées du cardia vers le pylore ; le bord libre de quelques-unes offre une couleur rouge, qui disparaît en partie, et se change en un pointillé rouge faible et peu étendu, lorsque par la traction on efface ces rides. Partout ailleurs la membrane muqueuse de l'estomac est blanche, et d'une bonne consistance.

Les intestins offrent quelques injections partielles sans importance. On n'y aperçoit point de follicules.

Les autres organes n'offrent rien de remarquable.

S'il est un cas où les altérations que nous découvrent nos sens ne paraissent pas devoir suffire pour expliquer toute la maladie, et pour rendre compte de la mort, c'est sans doute celui qu'on vient de lire. Dans la plupart des cas où une rougeole vient à se compliquer d'accidents aussi graves, nous trouvons à l'ouverture des corps des altérations que nous en regardons raisonnablement comme la cause. Ici tous les organes étaient sains. Ne pouvait-on pas cependant présumer que l'on trouverait des traces d'inflammation dans ces centres nerveux où avaient résidé les principaux et plus importants désordres fonctionnels ; ils étaient exempts de lésions comme les autres appareils. Quel rôle joua dans ce cas l'éruption cutanée? Pas d'autre sans doute que de mettre en jeu la prédisposition au développement d'accidents nerveux, à propos du trouble général qu'elle jeta dans l'économie. Ici donc, comme dans mille autres cas, ce qui nous apparaît n'est qu'une partie de ce qui est, et ce que nous ne voyons pas est justement ce qu'il y a de plus important.

LVe OBSERVATION.

Variole confluente. Le neuvième jour de l'éruption, accidents typhoïdes ; langue noire ; taches pétéchiales entre les pustules ; délire.

Une jeune fille, âgée de 18 ans, domestique, alla plusieurs fois, sept jours avant de tomber malade, dans la chambre d'une personne qui avait la petite vérole; elle n'a point

été vaccinée. Entrée à l'hôpital de la Pitié, le 9 août ; elle avait commencé à éprouver, le 30 juillet, un malaise général et de l'anorexie. Le 1er août, elle eut des étourdissements, des nausées, et elle vomit. Le 2 août, mêmes accidents ; maux de reins ; elle s'alite. Le 3, elle n'a plus ni vomissements, ni nausées, mais elle est accablée et elle ne se lève pas. Dans la matinée du 4 août, on s'aperçoit que la figure est couverte de boutons. L'éruption se développe jusqu'au 10 août, époque à laquelle nous examinons la malade. Elle est alors parvenue au septième jour plein de l'éruption.

Toute la peau est couverte de nombreuses pustules qui constituent partout une éruption des plus confluentes ; ces pustules sont blanches, aplaties, plusieurs ombiliquées. Entre elles, la peau est d'un rouge vif à la face et aux membres supérieurs. La malade n'accuse d'autre douleur qu'une cuisson générale de la peau ; le mal de reins a disparu depuis le 3 août. Il n'y a pas de céphalalgie. La langue est couverte d'un enduit jaunâtre ; elle est humide et sans rougeur sur ses bords, quelques pustules la recouvrent. La malade sent un très-mauvais goût dans la bouche ; elle salive très-abondamment ; de nombreuses pustules tapissent la voûte palatine et le voile du palais. Depuis le premier jour de l'éruption, la malade a mal à la gorge ; la voix est complétement éteinte ; elle ne tousse pas ; une soif vive la tourmente ; le ventre est souple et indolent ; il n'y a pas eu de selles depuis trois jours, l'émission des urines est accompagnée d'une vive cuisson. Le pouls bat cent vingt fois par minute, et il y a dans le même espace de temps vingt-huit respirations. (*Infusion de fleurs de mauve ; potion gommeuse ; diète.*)

Le 11, même état. La peau du thorax est d'un rouge intense dans l'intervalle des pustules ; sur les cuisses elles se confondent, et forment comme de larges ampoules, remplies d'un liquide blanchâtre. La salivation est extrêmement abondante.

Jusque-là, malgré la confluence de l'éruption, tout marchait assez bien. Mais le 12 août, neuvième jour de l'éruption, du délire survient ; ce jour-là, il ne se montre encore que par intervalles ; la malade paraît fort accablée.

Le 13 août, dixième jour de l'éruption, le délire existe d'une manière continuelle ; du sang s'est échappé des pustules ouvertes, et un masque noir couvre la figure. La respiration est notablement accélérée ; le pouls bat cent quarante fois par minute. La langue est sèche et couverte de croûtes noires. La constipation persiste. De larges taches violettes couvrent les jambes, le seul point du corps où les pustules laissent entre elles quelques intervalles. (*Continuation des simples boissons délayantes.*)

Dans la journée, le délire continue ; l'affaissement général augmente ; cependant, dans la soirée, au milieu de son délire, la malade quitte son lit, se lève et fait quelques pas dans la salle. Elle meurt le 14, onzième jour de l'éruption, à trois heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

29 *heures après la mort* (faite par un temps frais).

Une couche blanche épaisse, semblable à celle du muguet, tapisse la langue, la voûte palatine, le voile du palais et le pharynx. La membrane muqueuse que recouvre cette couche n'est que médiocrement rouge, l'œsophage a son aspect normal. La surface interne de l'estomac est tapissée par un mucus jaunâtre. Au-dessous de lui, on trouve la membrane muqueuse d'un blanc grisâtre, et mamelonnée dans presque toute son étendue ; elle présente une injection légère dans quelques points de la grande courbure. Nulle part elle n'est ramollie. La membrane muqueuse du duodénum est grisâtre comme celle de l'estomac. Quelques anses du jéjunum et de l'iléum ont une rougeur livide ; ce sont celles qui plongent dans l'excavation du bassin. Partout ailleurs, la muqueuse in-

testinale est blanche. Dans les deux derniers pieds de l'iléum, on trouve un assez grand nombre de follicules de Brunner blancs et très-peu saillants; on trouve aussi dans l'iléum cinq plaques de Peyer, qui ne font aucune saillie au-dessus du niveau de la muqueuse, et qui ne sont reconnaissables qu'à leur pointillé noir, et à la couleur plus grise de l'intestin, là où elles existent. La membrane muqueuse du gros intestin est partout blanche, et d'une bonne consistance; on n'y aperçoit point de follicules.

Le foie, d'un rouge pâle uniforme, est assez friable; la vésicule contient une bile noire et épaisse.

La rate a quatre pouces quatre lignes de long sur deux pouces huit lignes de large, et deux pouces deux lignes d'épaisseur; son tissu a assez de fermeté.

L'appareil urinaire n'offre rien de remarquable, non plus que l'appareil génital; la muqueuse de l'entrée du vagin est couverte de pustules.

Les deux poumons sont fortement engoués à leur partie postérieure, et en quelques points, toujours en arrière, ils ne contiennent plus d'air. La membrane muqueuse du larynx et de la trachée-artère est d'un rouge vif; on n'y trouve d'ailleurs, ni follicules, ni pustules, ni ulcérations, ni pseudo-membranes.

Un verre de sérosité rougeâtre est épanché dans le péricarde. Le cœur, dont le tissu est ferme, contient du sang en partie liquide, en partie coagulé. Nous n'avons rien trouvé de particulier dans les artères, dans les veines non plus que dans les ganglions lymphatiques des diverses parties du corps.

Le cerveau et ses enveloppes ne présentent aucune lésion appréciable.

Les altérations légères qui furent trouvées chez cet individu existaient toutes, à l'exception de l'engouement pulmonaire, à l'époque où la variole marchait franchement, sans s'être encore compliquée d'accidents typhoïdes. Quelle fut la cause de ceux-ci? nous pensons que s'il nous avait été donné d'examiner les organes, la veille du jour où le délire se manifesta, nous les aurions trouvés dans le même état que celui où ils s'offrirent à nous quelques jours plus tard. Quel fut donc le nouvel élément morbide qui intervint pour imprimer tout à coup à la maladie un caractère aussi grave? fut-ce une influence toute sympathique exercée par la peau enflammée sur les centres nerveux? on peut le présumer, on ne peut pas le prouver. Fut-ce le virus variolique qui, après avoir épuisé son action sur la peau, alla porter son influence délétère sur les deux grands mobiles de la vie, sur le sang et sur le système nerveux? ce n'est encore là qu'une hypothèse, mais qui aurait en sa faveur plus d'une analogie. L'inflammation de la peau produisit-elle consécutivement une phlébite? Mais cette phlébite, qui peut arriver dans certains cas, nous la cherchâmes vainement dans celui-ci, et nous nous assurâmes aussi que l'inflammation n'avait pas frappé le système lymphatique. Enfin ces accidents typhoïdes, si brusquement développés, furent-ils le résultat d'une résorption purulente? Ici rien ne la prouve; il est au contraire présu-

mable que cette résorption eut lieu dans les deux cas que nous allons maintenant citer.

LVIe OBSERVATION.

Variole confluente. Le neuvième jour, affaissement subit des pustules; mort rapide.

Un homme, âgé de 30 ans environ, entre à l'hôpital de la Pitié avec une variole confluente. Jusqu'au neuvième jour de l'éruption, tout marche très-bien ; il n'y a aucun accident; seulement la langue est singulièrement tuméfiée.

Le neuvième jour, les pustules, qui la veille commençaient à être en pleine suppuration, s'affaissent tout à coup ; *elles se sont vidées sans s'être ouvertes :* entre elles, la peau devient pâle comme la peau d'un cadavre. Dans la journée, du délire survient ; le soir, le malade est tombé dans un état de prostration extrême; on ne sent plus le pouls ; il meurt dans la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE

30 *heures après la mort.* (6 mai, température basse.)

L'examen des pustules fait reconnaître qu'elles sont toutes vides, à l'exception de deux ou trois situées sur le dos du pied, qui sont encore pleines de pus. Dans toutes les autres, l'épiderme, comme ridé, est en contact immédiat avec le derme.

Dans les points où existent les pustules, ce derme est rouge et un peu tuméfié; ailleurs il est pâle.

L'encéphale et ses annexes ne présentent aucune altération appréciable.

La surface interne du larynx et de la trachée-artère est rouge. Les poumons sont sains, médiocrement engoués en arrière ; l'un deux contient à son sommet un petit tubercule crétacé.

Le sang contenu dans le cœur et dans l'aorte est liquide ; la surface interne de l'aorte est rouge. L'appareil vasculaire, examiné dans ses différentes parties, n'offre rien de remarquable.

Le pharynx et l'œsophage sont sains. La surface interne de l'estomac présente, dans toute son étendue, jusque dans le grand cul-de-sac, un mamelonnement considérable : elle est partout d'un blanc grisâtre, sans la moindre trace d'injection. L'intestin grêle est généralement pâle ; sa face interne est parsemée d'un très-grand nombre de follicules de Brunner, qui ne sont pas plus colorés que la membrane muqueuse au-dessus de laquelle ils s'élèvent. Vers la fin de l'iléum, on trouve aussi plusieurs plaques de Peyer qui ont une teinte grisâtre, mais qui ne font aucune saillie au-dessus du niveau de la muqueuse. Le gros intestin est blanc, sans follicules apparents.

La rate est d'un tiers plus volumineuse que de coutume ; elle est pâle et très-molle.

Les autres organes n'offrent rien de remarquable.

Le phénomène le plus saillant que nous offre cette observation, c'est l'affaissement subit de toutes ces pustules, qui se vident tout à coup du liquide qui les gonflait, sans s'être préliminairement déchirées. Elles n'ont donc pas rejeté au dehors le pus sécrété par le derme : c'est celui-ci qui l'a repris, et dès lors n'a-t-il pas dû passer dans le torrent circulatoire? Nous n'avons retrouvé ce pus, à la vérité, ni dans le sang, ni ailleurs; mais c'est que, mêlé intimement à lui, et roulant avec lui molécule à molécule, il n'avait pas encore eu le temps de se séparer du sang, lorsque la mort survint. Cette mort frappa le malade avec une effrayante rapidité; l'affaissement des pustules fut immédiatement suivi du développement d'accidents terribles, semblables à ceux d'un empoisonnement par quelque agent septique, et bien peu d'heures s'écoulèrent entre l'apparition de ces accidents et le terme fatal.

LVIIe OBSERVATION.

Variole confluente. Du neuvième au quatorzième jour de l'éruption, développement graduel d'accidents typhoïdes. Mort le quatorzième jour. Nombreux abcès dans le poumon et dans le tissu cellulaire de la région profonde du cou. Rougeur intense de la membrane muqueuse des voies digestives.

Un homme, âgé de 21 ans, entré à la Pitié le 18 août, est tombé malade le 14. Le 13, il s'était couché bien portant, et avait bien dormi. Le 14, en se réveillant, il se sentit un fort mal de reins; il se leva cependant et déjeuna ; mais il ne put pas travailler. Le 15, continuation du mal de reins; alitement. Le malade mange encore ; il ne vomit pas. Dans la matinée du 16, l'éruption paraît à la figure, et elle augmente le 17.

Le 18 août, jour où nous voyons pour la première fois le malade, l'éruption est générale, confluente et développée comme elle doit l'être le troisième jour. Le mal de reins a disparu depuis le 16 ; la langue est blanche et humide ; des pustules nombreuses couvrent la voûte palatine et le voile du palais : il n'y a aucune salivation. Le malade n'accuse pas de soif; il a mal à la gorge seulement depuis une douzaine d'heures. Le ventre est souple et indolent; deux selles un peu moins consistantes que de coutume ont lieu depuis vingt-quatre heures. La voix est un peu enrouée, la respiration libre; il n'y a pas de toux; le pouls ne bat que soixante-quatre fois par minute. (*Boissons gommées; diète.*)

Le 19 août, quatrième jour de l'éruption, quelques pustules couvrent la langue dont l'aspect n'a pas changé : il y a eu la nuit un peu de délire. L'état est d'ailleurs le même, si ce n'est que le pouls donne soixante-douze battements au lieu de soixante-quatre ; on ne compte par minutes que seize respirations.

Le 20 août, cinquième jour de l'éruption, le malade se plaint beaucoup de la gorge; sa voix est complétement éteinte ; la langue est couvertes de pustules : une seule selle a eu lieu. La nuit a été plus calme que la précédente. La fréquence du pouls a encore un peu augmenté : on compte par minute soixante-seize battements artériels et vingquatre respirations.

Le 21 août, sixième jour de l'éruption, l'état du malade ne présente pas de change-

ment notable; le pouls toutefois s'est encore accéléré (quatre-vingt-douze battements par minute, et seulement vingt respirations).

Les trois jours suivants, l'intelligence du malade se trouble de temps en temps; et, dans un moment de délire, il déchire toutes les pustules de la figure. Il en résulte la formation sur toute la face de nombreuses croûtes noires.

Le 25 août, dixième jour de l'éruption, le délire devient de plus en plus continu; les membres sont agités de petits mouvements convulsifs; ils sont couverts, ainsi que le tronc, de pustules remplies de pus; un masque complétement noir recouvre toute la figure; les yeux s'ouvrent facilement. La langue est sèche comme un morceau de parchemin; la voix reste complétement éteinte; le pouls bat cent fois par minute.

Du 26 au 29 août, le délire est permanent; les membres sont agités de temps en temps de mouvements involontaires; la langue continue à être très-sèche; la fréquence du pouls va toujours en augmentant. Le 28 et le 29 août, la langue est couverte de croûtes noires. Jusqu'au 29, jour de la mort, la plupart des pustules des membres sont encore pleines de pus.

Le malade meurt le 29 août, quatorzième jour de l'éruption, à neuf heures du soir. La veille au soir, il s'était levé seul, et, dans son délire, s'était roulé sur le carreau de la salle.

OUVERTURE DU CADAVRE

Le 30 août, à 9 heures du matin.

Le cerveau et ses annexes ne présentent rien de remarquable. La pie-mère est infiltrée d'un peu de sérosité; les ventricules n'en contiennent qu'une fort petite quantité. La substance grise des circonvolutions est pâle, et l'on ne trouve qu'assez peu de vaisseaux apparents dans la substance blanche des hémisphères.

Toutes les veines superficielles et profondes du tronc, des membres et du cou, sont examinées avec le plus grand soin; elles n'offrent rien de remarquable, soit dans leurs tuniques, soit dans le sang qu'elles contiennent; il en est de même des vaisseaux lymphatiques et des ganglions auxquels ils se rendent. L'examen des artères donne un résultat également négatif.

Les muscles du cou sont séparés et comme disséqués par du pus qui infiltre le tissu cellulaire placé entre leurs faisceaux. On trouve une certaine quantité de ce pus épanchée entre l'œsophage et la colonne vertébrale.

L'estomac est dilaté par des gaz. Intérieurement, il offre sur ses deux faces un pointillé rouge vif qui réside tout entier dans sa membrane muqueuse, et spécialement dans les villosités de cette membrane; la consistance de celle-ci n'est ni augmentée, ni diminuée. La surface interne de tout l'intestin grêle, et celle de la moitié supérieure du gros intestin est d'un rouge livide des plus instenses; des follicules isolés, assez nombreux, mais petits, existent vers la fin de l'iléum : aucune plaque de Peyer n'est apparente. Le pharynx et l'œsophage sont à l'état sain.

La rate, augmentée de volume, a six pouces dix lignes de long sur trois pouces sept lignes de large, et dix-neuf lignes d'épaisseur; elle est très-molle.

Le foie, de volume ordinaire, est peu gorgé de sang; son tissu est ferme. La vésicule contient une bile noire et épaisse.

La membrane muqueuse du larynx est très-rouge et érodée en plusieurs points. Une couche pultacée blanchâtre la recouvre.

Les deux poumons sont fortement engoués en arrière. Le lobe inférieur du poumon gauche est comme criblé d'une multitude de petits abcès, dont le volume varie

depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une lentille. Chaque incision faite par le scalpel tombe sur plusieurs de ces abcès, tant ils sont multipliés. Les uns sont entourés d'un parenchyme parfaitement sain ; autour de plusieurs autres, le tissu pulmonaire est hépatisé. Dans un certain nombre de points, on trouve, au lieu d'abcès, de petites masses grisâtres, encore dures, et qui sont évidemment des portions de tissu pulmonaire infiltrées de pus. Le lobe supérieur du poumon gauche ne contient rien de pareil. Dans le poumon droit, on ne découvre qu'un seul point où le tissu de cet organe contient un peu de pus, qui s'y trouve encore à l'état d'infiltration.

Les ganglions bronchiques sont assez développés ; mais ils n'offrent rien de remarquable, si ce n'est que l'un d'eux contient un peu de matière crayeuse.

Le cœur, dont le tissu est ferme et de couleur normale, contient dans ses cavités un sang coagulé comme de coutume. Un demi-verre de sérosité citrine est épanché dans le péricarde.

Dans l'observation LVI, les accidents graves qui se développèrent subitement, en même temps que les pustules s'affaissèrent, furent pour nous une raison d'admettre une résorption purulente ; ajoutez que dans ce cas aucune des lésions trouvées sur le cadavre ne pouvait nous rendre compte de ces accidents.

Ici les pustules restent gonflées jusqu'à la mort, excepté celles du visage qui ont été déchirées prématurément. Nous observons encore les même accidents, mais plus lentement développés. Comment les expliquerons-nous ? Il y a ici deux espèces de lésions : nous trouvons d'une part une gastro-entérite bien prononcée, et seule elle peut avoir eu sans doute une grande influence sur la production des accidents typhoïdes. Mais d'autre part, nous trouvons dans le tissu cellulaire du cou, et surtout dans le poumon, de nombreux abcès qui ressemblent tout à fait à ceux que l'on rencontre dans les mêmes parties à la suite des grandes opérations, et que l'on a expliquées jusqu'à présent, soit par une résorption de pus, soit par une phlébite. Ici cette dernière n'existait point.

Il nous semble donc que chez ce malade les accidents typhoïdes ont été dus à la fois et à la résorption de pus, et à l'inflammation gastro-intestinale.

Nous allons maintenant citer un autre cas dans lequel apparaissent encore les mêmes accidents typhoïdes, sans qu'il y ait d'autre lésion qu'une inflammation intense du parenchyme pulmonaire.

LVIIIe OBSERVATION.

Variole confluente. Accidents typhoïdes développés le douzième jour de l'éruption. Mort le seizième jour. Pneumonie.

Un homme, âgé de 21 ans, parcourt sans accident les différentes périodes d'une variole confluente jusqu'au douzième jour de l'éruption. Alors les pustules du visage étaient transformées en croûtes jaunâtres ; celles des membres étaient encore pleines de pus. Tout à coup la fréquence du pouls augmente ; la langue se sèche, l'intelligence se trouble, et en même temps la respiration s'accélère ; l'auscultation de la poitrine fait reconnaître du râle crépitant vers la base du poumon droit ; il a à peine de la toux, pas d'expectoration, et aucune douleur de côté : une saignée de seize onces est immédiatement pratiquée. Cependant, les symptômes s'aggravent : d'une part, sans que la respiration paraisse être plus gênée, le râle crépitant est remplacé par la respiration bronchique, et d'autre part la sécheresse de la langue, le délire, la stupeur, la prostration, augmentent de plus en plus ; tout cela persiste pendant quinze jours ; puis le malade succombe. A dater du moment de l'invasion de ces nouveaux accidents, l'éruption avait subi un changement remarquable : quelques pustules s'étaient affaissées sans s'être préliminairement déchirées : d'autres, en beaucoup plus grand nombre, s'étaient remplies de sang.

OUVERTURE DU CADAVRE

29 *heures après la mort* (*en juillet*, *mais par un temps frais*).

Le cerveau et ses annexes ne présentent rien de remarquable.

A la surface interne du larynx, entre les deux extrémités antérieures des cordes vocales, on trouve une petite ulcération qui nous paraît être le résultat probable de la déchirure d'une pustule. La membrane muqueuse de cet organe n'offre d'ailleurs qu'une rougeur assez légère ; cette rougeur est plus intense dans la trachée-artère et dans les bronches.

Le lobe inférieur du poumon droit est complétement hépatisé en rouge.

Le cœur a sa consistance et sa coloration normales. Les cavités contiennent des caillots fibrineux. Les artères et les veines sont exemptes de toute lésion appréciable.

L'œsophage est sain, l'estomac offre intérieurement sur ses deux faces un pointillé rouge vif, sans ramollissement de la membrane muqueuse. L'intestin grêle est généralement peu injecté ; on y découvre dans son quart inférieur une quinzaine de plaques de Peyer d'un blanc grisâtre, et qui font au-dessus de la membrane muqueuse une légère saillie. Entre ces plaques existent de nombreux follicules de Brunner, blancs et d'un petit volume. Le gros intestin n'offre rien à noter.

La rate est beaucoup plus volumineuse que dans son état normal, et elle est en même temps d'une grande mollesse, à son intérieur, elle n'est pas uniformément colorée ; en certains points la matière qui remplit ses cellules est blanchâtre, et ressemble à de la fibrine privée de matière colorante ; en d'autres points, elle est d'un rouge foncé.

Le foie et l'appareil urinaire sont à l'état sain.

La pneumonie qui vint compliquer la variole, le douzième jour de l'éruption, fut manifestement dans ce cas le point de départ des accidents typhoïdes; ils commencèrent et s'accrurent avec elle. Le changement qu'éprouvèrent les pustules dès le moment où se montrèrent ces accidents nous paraît bien digne de remarque.

Dans ce cas, comme dans tous les autres, la rate se montre volumineuse et molle. Au milieu des désordres organiques si variés que nous voyons coïncider avec l'état typhoïde, cette modification de la rate est la lésion la plus constante. Elle peut cependant manquer elle-même, ainsi que l'observation suivante va nous l'apprendre.

LIXe OBSERVATION.

Variole confluente. Symptômes de gastro-entérite dès les premiers jours de l'éruption; un peu plus tard accidents typhoïdes; mort le dixième jour de l'éruption.

Un peintre en bâtiments, âgé de 23 ans, entré à la Pitié le 24 août, avait ressenti, dans la soirée du 18 août, une assez forte céphalalgie, et une douleur qui occupait le bas du sternum et le creux de l'estomac; la nuit, il ne dormit pas. Le 19, la douleur épigastrique persista, ainsi que la céphalalgie; il s'y joignit un assez fort mal de reins. Le 20 et le 21, même état; ces deux jours il reste au lit. Dans la matinée du 22, il s'aperçoit qu'il a des boutons sur tout le corps, plus développés et plus nombreux, assure-t-il, aux bras qu'à la face. Le 24 août, il nous présente l'état suivant :

Persistance de la céphalalgie et du mal de reins. Douleur vive à l'égigastre; ventre généralement douloureux et ballonné; langue couverte à son centre d'un enduit blanc épais, rouge sur ses bords et à sa pointe; soif vive; anorexie; ni vomissements, ni nausées; constipation; léger mal de gorge; respiration libre; peau brûlante; pouls plein et fréquent (cent battements par minute pour vingt respirations).

La fièvre intense qui existait à une époque encore éloignée de la période de suppuration, les signes d'irritation qui avaient lieu du côté des voies digestives, nous engagèrent à prescrire une saignée.

Le sang extrait de la veine nous parut d'un aspect bien remarquable. Il ne présentait de partie solide qu'une couenne épaisse de sept lignes, blanche, et comme gélatineuse; au-dessous de cette couenne, l'une des plus épaisses que nous ayons jamais rencontrées, on ne trouvait plus de caillot, mais seulement une sorte de détritus rougeâtre, semblable à de la lie, qui résultait de la fusion intime du sérum, de la matière colorante et de la fibrine.

Le lendemain, 25 août, quatrième jour de l'éruption, les symptômes sont les mêmes; le mal de gorge est seulement plus considérable, et la voix s'éteint. Le ventre conserve de la douleur et de la tension; il n'y a pas eu de selle. Le pouls ne bat plus que quatre-vingt-douze fois par minute, l'éruption se développe bien.

Dans la soirée, le malade délire pour la première fois; ce délire continue toute la nuit.

Le 26 août, cinquième jour de l'éruption, l'intelligence a repris sa netteté; mais la

langue commence à se sécher, et le ventre conserve sa sensibilité et son développement; il n'y a pas eu de selle. Les boutons sont partout confluents; la face est rouge et gonflée. Le pouls bat cent huit fois par minute, et dans le même espace de temps on compte vingt-huit respirations. (*Eau de gomme; lavement d'eau de guimauve*).

Deux heures après que nous avons quitté le malade, son intelligence se trouble de nouveau, et tout le jour, ainsi que la nuit, il reste en délire.

Lorsque nous le revoyons, le lendemain matin 27 août, sixième jour de l'éruption, l'intelligence n'a pas repris sa netteté; ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on obtient de lui quelques réponses, qui n'ont le plus souvent aucun sens; la prostration est considérable; la langue est très-sèche; l'éruption continue à se développer. Le pouls bat cent quatre fois par minute; la respiration s'est ralentie (seize mouvements d'inspiration par minute).

Le 28, septième jour de l'éruption, délire sourd; stupeur; grande prostration; langue sèche comme un morceau de parchemin; ventre toujours ballonné; persistance de la constipation.

Les trois jours suivants, la prostration arrive graduellement au dernier degré; le malade ne parle plus que pour dire qu'il étouffe; il n'a plus sa raison; des croûtes noires couvrent la langue; il meurt dans la nuit du 31 août au 1er septembre. Peu d'instants encore avant la mort, toute la peau était couverte de pustules gonflées par du pus.

OUVERTURE DU CADAVRE

17 heures après la mort.

Le cerveau et ses annexes n'offrent rien de remarquable.

La membrane muqueuse du larynx est rouge; quelques petits boutons blancs existent sur la surface postérieure de l'épiglotte. La trachée-artère et les grosses bronches sont rouges comme le larynx. Les poumons ne présentent autre chose qu'un engouement considérable de leur partie postérieure.

Le cœur, dont le tissu est à l'état normal, contient dans ses cavités un sang en partie coagulé, et en partie liquide. Les artères et les veines sont exemptes de toute lésion appréciable.

Le système lymphatique ne présente d'autre altération qu'une tuméfaction assez considérable de quelques ganglions inguinaux du côté droit; ces ganglions sont rouges, et ne contiennent pas de pus.

De nombreuses pustules recouvrent la langue et les parois du pharynx. L'œsophage est parsemé de petites élevures qui ressemblent à des follicules. L'estomac présente sur ses deux faces une vive rougeur, qui dépend de l'agglomération d'une multitude de petits points rouges qui occupent les villosités; celles-ci sont très-apparentes, et comme tuméfiées. Partout où existe cette rougeur, la membrane muqueuse est friable; dans le grand cul-de-sac on retrouve encore ce même pointillé rouge, mais moins prononcé. Dans l'espace de trois travers de doigt en deçà du pylore, la membrane muqueuse a une teinte grisâtre, et elle est mamelonnée. Toute la surface interne du duodénum présente, comme l'estomac, une injection fine des villosités; il en résulte, comme dans le ventricule, une rougeur pointillée des plus vives. La plupart des valvules du jéjunum offrent à leur bord libre une coloration analogue, qu'il est facile de reconnaître aussi pour le résultat de l'injection des villosités, qui sont gonflées et beaucoup plus saillantes que de coutume. Entre les valvules, la membrane muqueuse

est parcourue par des vaisseaux nombreux qui s'entre-croisent en sens divers. Vers le milieu de l'iléum, la membrane muqueuse pâlit, puis non loin du cœcum elle prend un autre aspect : les villosités qui la hérissent sont teintes à leur sommet d'une belle couleur noire. En outre, on découvre dans le tiers inférieur de l'iléum une douzaine de plaques de Peyer, qui ont une teinte brunâtre, et qui font une saillie légère au-dessus du niveau de la muqueuse. Entre elles, on aperçoit un très-grand nombre de follicules de Brunner, qui ont pris un assez grand développement. On retrouve une grande quantité de ces follicules dans toute l'étendue du gros intestin dont la membrane muqueuse est blanche. Quelques ganglions lymphatiques du mésentère sont rouges et tuméfiés.

Le foie, dont le volume est considérable, présente un tissu d'un rouge pâle uniforme, et très-friable ; par le grattage avec le dos d'un scalpel, on enlève ce tissu sous forme de lie, comme le tissu de certaines rates ramollies. La vésicule contient une bile noire et épaisse.

Tandis que le foie a perdu sa consistance, la rate l'a au contraire conservée, ce qui distingue ce cas de tous les précédents ; mais, comme dans ceux-ci, son volume est augmenté, moins toutefois que dans quelques autres cas.

L'appareil urinaire ne présente rien à noter.

Chez le malade qui fait le sujet de cette observation, une fièvre intense persista à une époque où ordinairement le mouvement fébrile est ou peu marqué ou nul. Les signes évidents d'irritation qui existaient en même temps du côté des voies digestives nous firent présumer que dans ces voies digestives résidait la cause de la fièvre. Avant l'arrivée de la période de suppuration, des symptômes graves apparurent ; avant le huitième jour de l'éruption, il y avait eu déjà du délire. Toutefois, contrairement à ce que nous avons vu dans l'observation LVII, les pustules varioliques continuèrent à se développer, comme s'il n'y avait eu aucune complication de phlegmasie interne ; celle-ci marcha toujours, accompagnée de symptômes ataxo-adynamiques de plus en plus prononcés, et c'est par eux que le malade succomba le dixième jour de l'éruption. Nous appellerons l'attention sur l'état tout particulier présenté par le sang qui fut tiré de la veine à une époque où cependant prédominaient encore les symptômes qui caractérisent la simple fièvre inflammatoire. Cette réunion d'une couenne épaisse avec l'état de dissolution du caillot n'est-elle pas bien remarquable !

Voilà donc cinq cas de variole compliquée d'accidents typhoïdes qui, dans chacun de ces cas, coïncident avec des altérations diverses. Comme l'éruption elle-même, celles-ci ne sont qu'un élément de la maladie. C'est d'ailleurs à ces accidents, quelles que soient les altérations qui les

causent, qu'aboutissent la plupart des varioles confluentes qui doivent avoir une terminaison funeste (1).

LXe OBSERVATION.

Métrite puerpérale, avec péritonite partielle. Symptômes ataxo-adynamiques.

Une femme, âgée de 23 ans, était accouchée heureusement à la Maternité d'un premier enfant. Fort peu de jours après sa délivrance, elle sortit de cet établissement; mais à peine de retour chez elle, elle fut prise d'un grand frisson auquel succéda une chaleur brûlante, et en même temps elle ressentit vers l'hypogastre des douleurs vives que tout mouvement augmentait. Des sangsues, au nombre de vingt, furent immédiatement appliquées sur le ventre; cependant les accidents ne diminuèrent pas, et trois jours après leur invasion, cet femme fut reçue à l'hôpital de la Pitié.

La douleur qu'elle avait éprouvée vers l'hypogastre était alors diminuée; elle la sentait à peine lorsqu'elle restait couchée sur le dos sans remuer; dans cette position, elle se plaignait surtout de souffrir beaucoup des reins. La palpation, exercée sur le ventre depuis l'ombilic jusqu'au pubis, était peu douloureuse; si on l'étendait aux régions iliaques, il en résultait une douleur plus vive. On sentait facilement dans l'hypogastre un corps globuleux, peu mobile, qui s'élevait de quatre bons travers de doigts au-dessus du pubis. La forme de ce corps, sa position et ses rapports ne permettaient pas de méconnaître l'utérus qui avait conservé après l'accouchement un volume insolite. Un écoulement blanc roussâtre avait lieu par le vagin; le doigt, introduit, fit reconnaître que le col de l'utérus était tuméfié, mollasse, brûlant et très-douloureux au toucher; son orifice était encore assez ouvert pour que l'extrémité du doigt indicateur pût y pénétrer assez avant. Le mouvement fébrile était intense; le pouls, qui se déprimait facilement, battait cent trente-deux fois par minute, et la peau était chaude et sèche; vingt-huit respirations avaient lieu par minute. La langue, couverte d'un enduit jaunâtre, était collante au toucher; la malade accusait une soif vive; elle avait eu les jours précédents des nausées qui n'existaient plus; elle n'avait pas été à la selle depuis son accouchement. Elle éprouvait d'ailleurs un très-grand malaise, une anxiété inexprimable, bien que ses douleurs ne fussent pas vives. Elle répétait qu'elle ne se sentait pas maîtresse de ses idées, qu'elle ne savait ce qu'elle allait devenir; elle se trouvait d'une faiblesse extrême; sa figure était pâle, et ses traits exprimaient un grand affaissement.

Il nous parut évident qu'il y avait chez cette femme une métrite aiguë. Cette maladie nous inquiétait moins que l'état de son système nerveux, et que l'expression de son facies. Il nous semblait que chez elle des symptômes typhoïdes graves allaient se déclarer; peut-être était-ce là un cas de phlébite utérine; peut-être aussi du pus

(1) La mort survient cependant tout autrement dans plus d'un cas de variole confluente. Ainsi, nous avons vu deux individus, atteints de cette maladie, mourir avec tous les symptômes du croup. Chez tous deux, ces symptômes survinrent du huitième au dixième jour de l'éruption. Chez l'un, nous trouvâmes la membrane muqueuse du larynx recouverte par une couche pseudo-membraneuse de plusieurs lignes d'épaisseur; chez l'autre, il n'y avait point de fausse membrane; mais toute la muqueuse du larynx était prodigieusement tuméfiée; celle qui tapisse le fond des ventricules venait faire saillie à leur entrée, et dépassait le niveau des cordes vocales. Toute cette membrane était d'un rouge intense, et une mucosité puriforme la recouvrait.

circulait-il déjà avec le sang; nous nous faisions ces questions, et, en face de cette figure si pâle, de ces traits si affaissés, de cette angoisse nerveuse si prononcée, de ce pouls qui fuyait déjà sous le doigt, nous doutions que la saignée fût indiquée. Cependant il y avait aussi là une inflammation intense de l'utérus; cette inflammation était récente, et il était raisonnable de penser qu'en combattant l'affection locale, en l'enlevant, on donnerait au système nerveux plus de chances de revenir à des conditions meilleures. Nous fîmes donc appliquer trente sangsues sur l'hypogastre; nous recommandâmes que des fomentations émollientes fussent maintenues continuellement sur le ventre, et nous opposâmes un simple lavement d'eau de guimauve à la constipation qu'il était important de faire cesser. A l'intérieur, l'eau de gomme fut la seule boisson prescrite.

Les piqûres de sangsues coulèrent très-abondamment. Le lendemain, l'état de la malade était loin de s'être amélioré. La langue, déjà peu humide la veille, s'était complétement séchée; la face exprimait la stupeur la plus grande; elle avait une teinte plombée des plus remarquables. Les idées n'étaient plus nettes; la malade prononçait de temps en temps des mots qui n'avaient aucun sens; si nous lui demandions comment elle se trouvait, elle nous répondait qu'elle était très-bien, indice funeste d'une profonde perversion de la sensibilité. Ses membres supérieurs étaient agités d'un tremblement continuel. La peau conservait de la chaleur, et le pouls, plus petit que la veille, battait cent quarante fois par minute. La respiration était remarquable par sa grande irrégularité, tantôt très-accélérée, tantôt singulièrement lente. Au milieu de ces grands désordres de l'innervation, l'état de l'utérus ne paraissait point avoir subi de modification; on pouvait palper le ventre, sans que la malade témoignât de la douleur.

Ainsi l'état typhoïde, que nous redoutions la veille, s'était prononcé d'une manière effrayante. Fallait-il se contenter ici d'une médecine purement expectante? nous ne le pensâmes pas. Nous crûmes que l'indication majeure était dans ce cas de redonner des forces, et nous prescrivîmes une potion dans laquelle nous fîmes entrer trente gouttes d'éther sulfurique et deux gros d'extrait sec de quinquina; nous donnâmes en même temps un lavement dans l'eau duquel on fit dissoudre, suivant les règles ordinaires, vingt-cinq grains de sulfate de quinine (le tout à donner en deux demi-lavements); nous ordonnâmes en outre que des cataplasmes de farine de graine de lin très-chauds et saupoudrés de farine de moutarde, fussent promenés sur les extrémités inférieures. Nous prescrivîmes, pour boisson ordinaire, deux pots, dont l'un d'infusion de tilleul, et l'autre de limonade vineuse.

Ce nouveau mode de traitement parut d'abord être suivi de quelque succès; le lendemain, en effet, l'abattement était moins grand; la langue avait un peu moins de sécheresse, et l'état de l'intelligence semblait meilleur. Mais cette apparence d'amélioration fut de peu de durée. Pendant les quatre jours suivants, bien que le même traitement fût continué, l'état adynamique ne cessa de faire des progrès. La langue et les dents se couvrirent de croûtes noires; le délire fut continuel. Entièrement étrangère à tout ce qui se passait autour d'elle, la malade prononçait de temps en temps quelques paroles inintelligibles; bientôt elle tomba dans un coma profond au milieu duquel elle succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les méninges n'étaient point injectées; la substance cérébrale était pâle; les ventricules ne contenaient que fort peu de sérosité.

Les organes thoraciques n'offrirent à noter qu'un engouement considérable des deux

poumons à leur partie postérieure. Du sang, en partie liquide, en partie coagulé, était contenu dans les cavités du cœur.

L'estomac présentait à gauche du cardia, dans un espace qu'aurait pu occuper à peine une pièce de cinq francs, un léger pointillé rouge. Partout ailleurs la membrane muqueuse gastrique était pâle, et avait une bonne consistance. Le duodénum avait une teinte ardoisée. Dans tout le reste de l'intestin, nous ne trouvâmes autre chose que quelques arborisations disséminées, qui ne troublaient point la transparence de la muqueuse, et qui avaient leur siége au-dessous d'elle.

La rate était d'un bon tiers plus volumineuse que de coutume, et très-molle ; un léger filet d'eau, versé sur elle, suffit pour la réduire promptement à son parenchyme fibreux.

Le foie, assez pâle, n'offrit d'ailleurs rien de remarquable.

L'utérus dépassait encore de trois travers de doigts le bord supérieur du pubis. Sa cavité, plus ample que de coutume, était remplie d'un mucus puriforme, blanc en certains points, rougeâtre dans d'autres. La membrane qui tapisse les parois de cette cavité était d'un rouge intense, et couverte, en quelques endroits, d'une couche blanchâtre, comme couenneuse. Le tissu même de l'utérus, ordinairement si dur, avait acquis une friabilité telle qu'il se brisait sous le doigt qui le pressait, de sorte que celui-ci s'y enfonçait comme dans une sorte de pulpe. Ce tissu était partout d'un rouge livide : nulle part nous n'y rencontrâmes la moindre apparence de pus. Nous n'en découvrîmes pas en particulier la moindre trace dans les sinus.

L'ovaire droit était plus volumineux, plus rouge et plus friable que le gauche. Il ne contenait pas de pus.

Un liquide séro-purulent était épanché dans l'excavation du bassin, et des fausses membranes blanchâtres recouvraient les deux faces de l'utérus.

Les artères, les veines, les vaisseaux lymphatiques et leurs ganglions furent examinés avec soin ; nous n'y découvrîmes aucune lésion.

Voilà encore un cas où les accidents typhoïdes ont un tout autre point de départ que dans les cas précédents : c'est ici l'utérus dont l'inflammation porte au sein du système nerveux un désordre tout particulier qui produit l'état ataxo-adynamique. Les conditions particulières dans lesquelles se trouve la femme pendant et après l'accouchement, lorsque surtout elle a éprouvé des chagrins ou de la misère, nous semblent éminemment propres à favoriser le développement de cet état.

Cette observation prouve d'ailleurs que l'existence d'une phlébite utérine n'est pas indispensable, comme le croient quelques personnes, à la production des accidents typhoïdes chez les femmes atteintes de métrite puerpérale. Nous pouvons même dire ici que sur un assez grand nombre de cas de ce genre que nous avons observés à l'hospice de la Maternité, il n'y en a eu que très-peu dans lesquels nous avons constaté l'existence d'une phlébite. Voici toutefois un cas dans lequel l'inflamma-

tion des veines a eu très-vraisemblablement une grande part à la production des symptômes typhoïdes.

LXIe OBSERVATION (1).

Gangrène de la lèvre inférieure. Pus dans les veines. Abcès dans les poumons. Mollesse de la rate. Symptômes adynamiques ; langue sèche et noire.

Une femme, âgée de 39 ans, portière, est amenée à la Charité, le dimanche 16 août dans la soirée. Elle présente une escarre gangréneuse à la lèvre inférieure. Voici les renseignements recueillis, tant de la malade elle-même, que de MM. Piédagnel et Mérat, qui l'ont soignée avant son entrée dans l'hôpital.

Cette femme, qui se portait bien et qui même allaitait un enfant depuis dix-huit mois, se promenait le dimanche précédent aux Champs Élysées, lorsqu'elle fut piquée à la lèvre inférieure par une mouche. Elle certifie positivement ce fait ; mais elle ne peut dire quelle espèce de mouche l'a piquée. La lèvre se tuméfie jusqu'au mardi, où M. Piédagnel est appelé. Il fait appliquer des fomentations et des sangsues. Il observe lui-même à la lèvre une marque triangulaire blanche, semblable à la morsure des sangsues. La tuméfaction s'accroît ; M. Mérat est appelé le vendredi : il conseille la cautérisation ; elle est pratiquée avec la potasse caustique. Dans la nuit, du délire se déclare. Enfin, la malade est transportée à la Charité. Là, la tuméfaction n'ayant pas cessé de gagner, le pouls étant rapide et faible, on se décide à une nouvelle cautérisation avec la potasse caustique, après avoir préliminairement fendu l'escarre. (*Décoction de quinquina*).

Le 17, escarre à la lèvre inférieure, large d'un pouce, soulevée par du pus : gonflement indolent des deux joues, surtout à droite du menton, du cou, et même du haut de la poitrine. Rougeur violacée qui disparaît par la pression ; point de cercle inflammatoire qui indique une élimination de la gangrène ; le gonflement est plutôt œdémateux que rénitent. Faiblesse, anxiété, pouls fréquent, vif et peu fort. Plus de délire, point de céphalalgie ; soif vive ; point de chaleur à la peau ; ventre souple, indolent ; un peu de dévoiement ; sonoréité égale des deux côtés de la poitrine, mais râle muqueux à gauche ; difficulté d'expectorer à cause des viscosités des crachats. (*Trente sangsues au cou, limonade vineuse; trois demi-lavements avec la décoction de quinquina et six gros de camphre*).

A midi, le sang a coulé abondamment. Pouls plus fréquent et plus petit que le matin ; grande anxiété de la malade : gonflement plus considérable.

Le soir, la malade refuse de boire ; elle est dans une anxiété inexprimable ; elle étouffe ; elle veut à chaque instant se jeter en bas de son lit ; elle demande qu'on ne la laisse pas mourir. Sa gorge et sa bouche sont remplies d'un mucus filant et tenace dont elle ne peut se débarrasser.

Le 18, délire toute la nuit ; le gonflement a fait quelques progrès vers la poitrine ; la langue paraît sèche et noire au fond de la bouche. Pouls misérable.

Mort à une heure après midi.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'escarre fendue, on trouve qu'elle renferme du pus au-dessous d'elle et qu'elle comprend presque toute l'épaisseur de la lèvre inférieure. Quand on coupe les tissus, on

(1) Recueillie par M. Littré, et publiée dans le *Journal hebdomadaire*.

rencontre une foule de petits foyers plus ou moins grands ; quelquefois le pus semble sourdre de l'orifice béant de petits vaisseaux. En examinant de plus près, on reconnaît que la veine faciale droite est gonflée outre mesure, et qu'elle contient dans certains endroits du pus, dans d'autres une sanie rougeâtre, qu'elle est épaissie, rouge ; et ces diverses altérations, tant du vaisseau que du liquide contenu, s'étendent jusqu'au grand angle de l'œil et dans la veine faciale droite ; les mêmes lésions se trouvent dans la veine faciale gauche ; mais elles s'élèvent moins haut ; si l'on presse les petites veines afférentes qui s'ouvrent dans ces vaisseaux, on en fait sortir du pus. La veine jugulaire droite en est remplie ; elle est épaissie et rouge dans toute son étendue. Une veine thyroïdienne gauche est dans le même état. La jugulaire gauche est dans l'état ordinaire. Au reste, toutes les grosses veines supérieures sont distendues par des caillots sanguins.

Un abcès qu'on n'avait pas soupçonné est trouvé entre le grand et le petit pectoral du côté droit. Il ne communique pas avec les foyers de la face.

Le cerveau est dans l'état ordinaire, sauf un peu d'injection.

La plèvre gauche est enflammée : on y trouve un petit épanchement purulent ; des pseudo-membranes molles et récentes tapissent le poumon et le font adhérer aux côtes. Dans certains endroits où la plèvre viscérale est soulevée par des abcès du poumon, il ne s'est pas formé de pseudo-membranes ; et comme tout autour il s'en est développé, on dirait un ulcère de la plèvre ; d'autant plus que ces points ont une couleur d'un gris sale.

Le poumon gauche présente une très-grande quantité d'abcès à différents états. On en trouve dans tous ses lobes, mais surtout à la partie supérieure dans le milieu de son parenchyme, et immédiatement sous la plèvre. Les uns n'offrent encore qu'une masse sanguine : dans d'autres, du pus se mêle déjà au sang ; dans d'autres, enfin, c'est du pus seul qu'on rencontre. D'ailleurs ces derniers offrent tantôt du pus blanc et bien lié, et tantôt du pus rougeâtre, sanieux, semblable au liquide trouvé dans quelques veines. Le poumon droit offre d'anciennes adhérences. Quelques abcès semblables aux précédents s'y trouvent en très-petit nombre.

Les veines pulmonaires sont disséquées ; elles n'offrent rien de particulier, aussi loin qu'on peut les suivre. En quelques points leurs parois sont soulevées par de très-petits abcès qui font saillie dans leurs cavités.

Les bronches sont rouges et remplies de mucosités.

Le cœur est volumineux ; les cavités droites contiennent des caillots fibrineux qui n'ont rien de particulier.

L'estomac, le foie et les reins sont sains.

La rate est ramollie partiellement et se réduit en un putrilage semblable à la sanie des veines.

L'utérus est volumineux, il contient un caillot de sang. (Cette femme avait ses règles.)

Les ovaires sont gros et aplatis. Le droit offre un corps jaune très-bien développé, et au milieu une petite masse sanguine.

La vessie est très-distendue par l'urine, saine du reste.

Cette observation est l'analogue de beaucoup d'autres dont les salles de chirurgie de nos hôpitaux nous offrent de nombreux exemples. Là, il n'est pas rare de voir, à la suite d'opérations plus ou moins graves, les malades succomber avec ces mêmes symptômes ataxo-adynamiques

dont les observations précédentes nous ont fourni des exemples si variés; de plus on voit assez souvent chez eux une teinte jaune se répandre sur toute la peau. A l'ouverture de leur corps, on trouve les veines qui partent du lieu où s'est faite l'opération, enflammées et pleines de pus; on peut suivre plus ou moins loin des traces de cette phlébite, et en même temps l'on trouve des collections de pus dans une foule de parties diverses, comme les poumons, le cerveau, le foie, la rate; on en rencontre également dans les articulations, et dans un grand nombre de points du tissu cellulaire.

Jusqu'à présent nous n'avons vu les accidents typhoïdes se développer qu'à propos de maladies aiguës qui avaient, en quelque sorte, saisi brusquement l'économie. Mais ce n'est pas tout, et il peut arriver aussi que ces accidents marquent la terminaison d'un certain nombre d'affections chroniques qui peu à peu ont appauvri le sang et épuisé l'innervation. L'état typhoïde qui survient alors n'est que l'expression dernière de cette influence lentement exercée : ainsi succombent un certain nombre d'individus atteints des lésions organiques les plus variées; ainsi meurent encore plusieurs vieillards restés hémiplégiques à la suite d'une attaque d'apoplexie. Nous ne citerons ici qu'un exemple de ce genre, remarquable sous plusieurs autres rapports.

LXIIe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre adynamique chez une femme qui, plusieurs mois auparavant, avait subi l'amputation d'un sein cancéreux. Masse cancéreuse dans plusieurs organes.

Une femme, âgée de 47 ans, entra à l'hôpital de la Charité dans l'état suivant :

Prostration considérable ; état obtus de l'intelligence, et bientôt délire complet ; face pâle, comme plombée. Lèvres et dents fuligineuses ; langue très-sèche, et couverte de croûtes noires ; un peu de ballonnement du ventre ; pas de diarrhée. Pouls petit et très-fréquent ; tremblement des membres supérieurs, dès que la malade leur imprime quelque mouvement ; soubresauts de tendons.

Cette femme avait commencé à s'aliter quinze jours environ avant d'entrer à l'hôpital, et elle était arrivée peu à peu à l'état que nous venons de décrire. Quelques toniques furent administrés sans aucun succès. La prostration augmenta de plus en plus ; une escarre considérable se forma au sacrum, et la malade succomba dix jours environ après son entrée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

A la place du sein amputé, on trouve une cicatrice de bonne nature, au-dessous de laquelle il n'existe aucun produit accidentel. L'autre sein n'est pas malade. Du côté du

sein enlevé, on trouve dans l'aisselle quelques ganglions lymphatiques volumineux, et d'un tissu lardacé.

Ce même tissu lardacé se retrouve dans les parties suivantes :

1° Dans le foie qui est comme farci d'un grand nombre de masses blanchâtres et dures, qui ont tous les caractères de la matière encéphaloïde encore à l'état de crudité.

2° Dans la rate où l'on découvre des masses semblables à celles qui occupent le foie.

3° Dans le rein droit, dont un des cônes de substance tubuleuse est entièrement transformé en matière encéphaloïde. De ce cône ainsi dégénéré on voit partir des prolongements du produit accidentel qui vont se répandre comme en rayonnant en divers points de la substance corticale.

4° Dans l'utérus dont le corps contient trois grosses masses cancéreuses.

5° Dans les ganglions lymphatiques vertébraux, dans ceux surtout qui existent autour du réservoir de Pecquet.

6° Dans le poumon droit, au sein duquel sont disséminées dix à douze petites masses blanches de même nature que celles du foie, de la rate, etc. Ces masses paraissent bornées à certains lobules. Mais de plus, on trouve dans le poumon une autre lésion plus rare : ce sont de nombreux vaisseaux lymphatiques, distendus par une matière blanche grumeleuse, qui rampent à la surface externe du poumon droit, qui s'enfoncent par groupes dans son intérieur, et aboutissent dans les lobules malades où on les perd. L'autre poumon ne présente rien de semblable. Les ganglions bronchiques ne sont point altérés.

7° Le canal thoracique est rempli par un liquide trouble, blanchâtre, dans lequel sont suspendus quelques grumeaux de même couleur.

Le cerveau, le cœur, le tube digestif, son exempts de toute lésion appréciable ; la membrane muqueuse gastrique a seulement, dans sa moitié droite, une légère teinte ardoisée, et quelques veines remplies de sang rampent au-dessous de cette membrane vers le grand cul-de-sac.

Voilà un cas fort remarquable, où nous ne trouvons pas de lésion récemment formée, qui puisse être regardée comme le point de départ des accidents typhoïdes. Nous ne pouvons plus les expliquer qu'en admettant que l'altération générale du mouvement nutritif avait peu à peu détériorité l'hématose et l'innervation à tel point, que le moindre choc imprimé à l'économie fût suffisant pour déterminer la production de l'état typhoïde.

Du reste, lorsque, dans des cas plus ou moins analogues, on voit survenir des symptômes adynamiques, il est bien plus ordinaire de rencontrer quelque inflammation intercurrente qui les a produits, en raison des conditions défavorables dans lesquelles elle a trouvé l'économie : ces conditions sont la cause prédisposante, et l'inflammation n'est que la cause occasionnelle.

§ II. SYMPTOMES TYPHOIDES, SANS LÉSIONS APPRÉCIABLES PAR L'ANATOMIE.

L'observation qui termine le paragraphe précédent nous a déjà montré un cas dans lequel, parmi les nombreuses altérations trouvées sur le cadavre, aucune ne pouvait être considérée comme la cause immédiate des symptômes de fièvre adynamique qui terminèrent la vie de la malade. Pour nous en rendre compte, il a fallu que nous supposassions une modification particulière de l'innervation, que la nécropsie ne pouvait pas nous montrer. Ce sont des cas de ce genre, mais dans lesquels il n'y a même plus d'affection chronique antécédente, comme dans l'observation LXI, que nous avons relatés dans ce paragraphe. L'étude de cas semblables, quelque rares qu'ils soient d'ailleurs, nous semble être d'un haut intérêt, en ce qu'elle nous habitue à reconnaître que le scalpel seul est loin de nous donner la clef de tous les problèmes de notre science.

LXIIIe OBSERVATION.

Symptômes d'embarras gastrique au début; évacuations abondantes par haut et par bas à la suite de l'administration de deux grains d'émétique. Apparition subite de symptômes ataxo-adynamiques, et mort en quelques heures. Putréfaction très-rapide après la mort. Aucune lésion.

Un élève en médecine, ancien séminariste, avait vu pendant plusieurs années sa vie brisée par de profonds et continuels chagrins; pendant tout ce temps, il avait aussi éprouvé de la misère. Arrivé à l'âge de 28 ans environ, sa position s'améliora. Pendant qu'il était malheureux, il m'avait consulté plusieurs fois pour une affection chronique de l'estomac, qui avait disparu, depuis qu'une vie plus heureuse avait commencé pour lui. Dans les derniers jours du mois de mai 1831, il vint me voir de nouveau, non plus pour sa santé qui était excellente, à ce qu'il m'assura, mais pour me demander quelques conseils sur sa carrière. Le 5 juin, il me fit prier de lui rendre une visite, parce qu'il était malade. Voici alors ce qu'il me raconta. Le 2 juin, il avait commencé à avoir mal à la tête. Le lendemain, il avait éprouvé un malaise général, et son appétit s'était perdu. Il resta dans le même état le 4, il croit avoir eu un peu de fièvre. Le 5, je le trouvai dans l'état suivant :

Céphalalgie légère, occupant surtout la région frontale, teinte jaune de la face, accablement général. Sentiment de lassitude. Bouche amère; langue large, couverte d'un enduit jaune, sans rougeur aucune de ses bords et de sa pointe; nausées, et de temps en temps rejet des liquides avalés; pas de soif; anorexie complète; ventre partout souple et indolent; constipation. Peau sans chaleur et pouls sans fréquence (70 battements par minute). Cet ensemble de symptômes me paraît devoir céder à un émétique; le malade prend immédiatement deux grains de tartre stibié dans deux demi-verres d'eau. Il était alors quatre heures de l'après-midi.

La nuit il eut d'abondants vomissements, et un grand nombre de selles. Toute la ma-

tinée du 6 juin, il fut très-accablé. Je le revis ce même jour à quatre heures du soir : il était alors dans un état d'anxiété difficile à décrire. Son état d'angoises était tel, qu'il ne répondait qu'avec beaucoup de peine à mes questions. Cependant il n'accusait d'autre souffrance locale qu'une vive douleur dans les deux bras, douleur qui s'exaspérait lorsqu'on imprimait à ses membres quelque mouvement. La langue avait conservé son humidité; le ventre était dans tous ses points indolent et souple, la peau sans chaleur, le pouls fréquent et petit. Le malade m'exprima le désir d'être transporté à la Pitié, dans une de mes salles : il y fut conduit sur-le-champ, et à peine il y fut rendu, qu'on lui pratiqua une saignée. J'ignore ce qui lui arriva la nuit, mais le 7 juin, à 7 heures du matin, il était agonisant. Ses traits étaient horriblement décomposés; l'intelligence était complétement abolie; les extrémités étaient froides, et le pouls filiforme. De plus, un phénomène singulier nous frappa ; c'était la couleur noire des bourses et du pénis qui était en même temps gonflé ; on eût dit que ces parties étaient frappées de gangrène. Une heure après, la peau du thorax, au-dessous des deux clavicules, avait également une teinte d'un violet foncé qui tendait au noir, et la même couleur commençait à se répandre sur diverses points des membres. Mort à 9 heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

25 *heures après la mort.*

Pendant tout le temps écoulé depuis l'instant de la mort jusqu'à l'autopsie, la température fut plus basse qu'elle n'est ordinairement au mois de juin, et d'autres cadavres, examinés le même jour, et encore plus de temps après la mort, ne présenterent point de trace de putréfaction.

Les méninges et la superficie des circonvolutions cérébrales avaient une teinte rougeâtre semblable à celle qu'on trouve dans ces parties sur des cadavres putréfiés depuis plusieurs jours. Un peu de sérosité rougeâtre existait dans les ventricules, toute la pulpe du cerveau était molle.

Les poumons gorgés de sang étaient *verdâtres* à leur surface.

Le cœur contenait dans ses diverses cavités un sang liquide dans lequel on distinguait un grand nombre de bulles d'air. Son tissu était mollasse et rougeâtre, et à sa surface interne, il offrait aussi une coloration d'un rouge brun. Les artères et les veines, dans lesquelles existait également un sang liquide et *spumeux*, étaient teintes en rouge à leur surface interne

La membrane muqueuse de l'estomac était séparée des tissus subjacents par une notable quantité de gaz. Partout cette membrane était blanche et d'une bonne consistance. Tout près du cardia, à droite de cet orifice, apparaissaient cinq à six petites taches noirâtres, qui avaient chacune moins du diamètre d'un centime ; ces taches étaient formées par du sang qui infiltrait le tissu même de la muqueuse; c'étaient de véritables pétéchies. La surface interne du duodénum, du jéjunum, de l'iléum, de tout le gros intestin, était partout d'une pâleur remarquable. Il n'y avait ni follicules, ni plaques de Peyer développées.

La rate, augmentée de volume, était en même temps très-molle.

Le tissu du foie était très-friable et pâle. La vésicule contenait un peu de bile verdâtre.

Les reins étaient rougeâtres, la vessie distendue par une grande quantité d'urine, sa surface interne blanche.

La couleur noire de la peau des bourses, du pénis, du thorax, et d'autres points, était due à une infiltration sanguine du tissu cellulaire sous-cutané.

Établissons d'abord un premier fait : c'est qu'à l'exception des ecchymoses et des pétéchies, toutes les autres altérations trouvées sur le cadavre étaient évidemment un résultat de putréfaction. Mais c'est déjà une circonstance fort remarquable de cette observation que la rapidité avec laquelle la décomposition des parties avait commencé à s'opérer. Il faut ordinairement un temps plus long ou une température plus élevée pour que l'on trouve toutes les lésions cadavériques observées dans ce cas, comme liquéfaction du sang, état spumeux de ce liquide, colorations rouges de plusieurs tissus, ramollissement de plusieurs autres, emphysème de l'estomac, etc. Supposez un individu empoisonné par quelque substance septique ; voilà dans quel état vous trouverez son cadavre. Mais chez lui aussi, il y aura eu, avant la mort, transsudation du sang à travers ses vaisseaux, et ici le même phénomène a eu lieu ; plusieurs portions de tissu cellulaire sous-cutané s'étaient remplies de sang, avant que la mort ne fût survenue ; encore quelques heures d'existence, et à voir la rapidité avec laquelle le sang s'épanchait sous différents points de la peau, il est bien vraisemblable que toute cette membrane n'eût plus présenté qu'une vaste ecchymose ; peut-être quelques heures plus tard les membranes muqueuses à leur tour se seraient-elles laissé aussi traverser par le sang, et le vomissement noir aurait eu lieu ; n'y avait-il pas déjà dans l'estomac quelques pétéchies ? Ainsi, dans cette singulière maladie, ce qui nous apparaît surtout, ce sont des phénomènes semblables à ceux qu'on observe, lorsqu'un miasme ou un poison septique a vicié le sang.

Nous croyons donc qu'il a existé ici une altération du sang. Était-elle primitive ? fut-elle le point de départ des autres accidents ? Ou bien fut-elle elle-même le produit d'un vice de l'innervation ? question insoluble dans l'état actuel de la science. Remarquez, d'ailleurs, combien fut insidieux le début de cette maladie. Un simple embarras gastrique ouvre la scène, et en quelques heures il se transforme par un ensemble de symptômes qui touchent à ceux des typhus les plus graves. Sans doute, la vie toute de chagrins et de misères dont sortait à peine ce jeune homme, avait pu laisser dans tout son organisme une prédisposition à de semblables accidents.

Un cas qui a bien des rapports avec celui que nous venons de citer a été publié, il y a quelques années, par M. le docteur Gauthier de Clau-

bry (1) : chez l'individu dont il nous a transmis l'histoire, pas plus que chez le nôtre, ce n'est point dans l'inflammation circonscrite d'un solide, que peut être placé le point de départ de la maladie; c'est dans un état morbide inconnu, soit du système nerveux, soit du sang.

L'individu observé par Gauthier était âgé de 19 ans. A la suite de travaux intellectuels des plus pénibles et de veilles prolongées, il éprouve une lipothymie. Deux heures après cet accident qui l'a laissé faible et comme épuisé, il est pris d'un mouvement fébrile intense; il ressent une anxiété extrême; ses membres lui font mal; il se plaint de la gorge; la sensibilité générale est très-exaltée; la langue est rouge, ainsi que toute la membrane muqueuse de la bouche et du pharynx, la respiration est inégale; du délire survient. Deux jours se passent ainsi; puis le trouble de l'innervation augmente; les battements du cœur et des artères deviennent irréguliers et faibles, la respiration est singulièrement laborieuse; les musculaires diminuent; la sensibilité s'éteint; l'intelligence ne se traduit plus que par quelques rêvasseries, et une sueur visqueuse précède la mort, qui survient quatre-vingt-cinq heures après l'instant où la lipothymie a eu lieu. Plusieurs émissions sanguines avaient été pratiquées.

Pour expliquer tous ces symptômes si *éminemment ataxiques*, et dont l'ensemble à une autre époque eût été appelé *fièvre maligne*, que trouva-t-on à l'ouverture du corps? Un engorgement considérable et général du système vasculaire veineux, partout un sang liquide et violacé, épanché en plusieurs points dans le tissu cellulaire sous forme d'ecchymose, et de plus un ramollissement singulier de la plupart des organes, du cerveau, du cœur, des poumons, du foie, de la rate, des reins, des muscles eux-mêmes qui, partout, se laissaient déchirer comme de la pulpe, et avaient en même temps une couleur pâle.

Les deux faits que nous venons de citer nous paraissent être l'un et l'autre d'une grande portée, et nous appelons sur eux toute l'attention des observateurs.

Voici maintenant un autre cas dans lequel les désordres fonctionnels semblent plus spécialement porter sur les centres nerveux. Le sang ne paraît plus être en cause. La maladie dont il va être question dans ce cas, aurait été appelée fièvre ataxique par Pinel; méningite ou méningo-

---

(1) *Archives de médecine*, tom. 23, page 232.

encéphalite par d'autres. Les renseignements fournis par la nécropsie furent encore ici complétement négatifs.

LXIVe OBSERVATION.

Délire fébrile ; mouvements convulsifs. A la suite d'une application de sangsues, affaissement subit qui est suivi de la mort. Aucune lésion appréciable.

Un garçon marchand de vin, âgé de 17 ans, fortement constitué, commence à ressentir, le 22 janvier, une forte céphalalgie, un malaise général, un grand accablement; il continue cependant à travailler et à manger. Le 27 janvier, pour se débarrasser de son mal de tête, il boit une certaine quantité d'eau-de-vie ; il n'en est que plus souffrant. Le 28, il entre à la Maison royale de santé, et nous offre l'état suivant :

La face est fortement injectée, ainsi que les conjonctives. Les idées ne sont plus nettes, et le malade répond d'une manière fort incomplète aux questions qu'on lui adresse. Le pouls bat cent vingt fois par minute, et la peau est brûlante. Du reste, la langue est humide et sans rougeur, le ventre est souple et indolent, et il n'y a point de diarrhée. Nous faisons appliquer vingt sangsues à l'anus. Pous nous, ce malade avait une fièvre inflammatoire avec prédominance d'excitation cérébrale.

Le lendemain 29, nous trouvâmes le malade dans un état de délire complet, et de temps en temps quelques mouvements convulsifs viennent agiter la face et les membres. La fièvre persiste ; la langue a conservé un aspect aussi naturel. Une saignée de douze onces est pratiquée.

Dans la journée, le délire ne diminue pas, les mouvements convulsifs deviennent plus fréquents.

Dans la matinée du 30, même état. Nous prescrivons une application de douze sangsues derrière chaque oreille. Peu de temps après notre visite, et avant que les sangsues n'eussent été mises, il survient une forte convulsion à laquelle tout le corps participe, et qui est suivi d'un grand état de prostration. A midi cependant, les sangsues sont appliquées ; jusqu'à deux heures leurs piqûres coulent abondamment. Le malade est alors très-faible et couvert d'une sueur froide ; on arrête le sang mais la prostration augmente, le pouls cesse de battre et le malade succombe à sept heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le cerveau, la moelle épinière, et leurs membranes d'enveloppe avaient leur coloration et leur consistance normales. Les ventricules ne contenaient que peu de sérosité. Nous cherchâmes vainement quelques lésions dans tout le système nerveux ; nous ne pûmes en découvrir aucune. Nous n'en découvrîmes pas davantage dans les différents organes du thorax et de l'abdomen, examinés avec d'autant plus de soin que cette absence de toute lésion nous étonnait.

Voilà un exemple bien tranché de fièvre continue avec concentration des accidents vers le système nerveux, sans que l'anatomie découvre aucune lésion qui puisse en rendre compte. Est-ce à dire que la maladie

n'existait nulle part, ou, si l'on veut, qu'elle avait son siége partout? ce n'est point ainsi que nous raisonnerons; nous placerons le siége du mal là où les symptômes l'indiquaient, c'est-à-dire dans le cerveau: mais ce fait est à ajouter à beaucoup d'autres qui prouvent l'insuffisance de nos moyens actuels d'investigation pour reconnaître dans le cerveau mort les traces de la maladie dont il était le siége.

Dans le cas actuel, cette maladie était-elle une inflammation? Devait-elle être combattue par les émissions sanguines? on serait tenté d'en douter, eu égard au peu de succès des saignées qui furent pratiquées, et surtout aux accidents très-fâcheux qui suivirent la dernière application de sangsues. Était-ce le cas d'employer l'opium? nous ne le pensons pas, nous ne reconnûmes point ici les caractères du délire tout particulier qui cède aux narcotiques, et dont nous parlerons dans le cinquième volume de cet ouvrage. C'est dans des cas de ce genre où la perturbation nerveuse semble être toute la maladie, que les effusions froides, pratiquées suivant la méthode de l'habile et savant docteur Récamier, pourraient être tentées avec quelques chances de succès.

Les différents cas que nous avons cités dans ce paragraphe, étaient relatifs à des maladies qui avaient une marche rapide, une durée fort courte, et dans lesquels les symptômes adynamiques ou ataxiques se montraient dès le début, et comme d'emblée. Ces maladies n'ont plus la physionomie de celles qui ont été désignées par MM. Chomel et Louis sous le nom de fièvres typhoïdes. Jusqu'à présent, dans tous les cas relatifs à cette dernière affection que nous avons rapportée, nous avions trouvé quelque altération dont l'intensité était généralement en rapport, sauf quelques exceptions, avec la gravité des symptômes observés. Y a-t-il cependant des cas où la fièvre typhoïde, en ne comprenant sous cette dénomination que l'affection ainsi désignée par MM. Chomel et Louis, ne laisse sur le cadavre aucune lésion à laquelle on puisse raisonnablement attribuer et les symptômes et la mort? L'observation suivante nous semble être de quelque importance dans la solution de cette question.

LXVe OBSERVATION.

Symptômes ataxo-adynamiques portés au plus haut degré. Marche et durée de la fièvre dite typhoïde. Absence de lésions.

Un Allemand, âgé de 19 ans, tailleur de limes, arrivé à Paris depuis six semaines seulement, entra à la Maison royale de santé le 24 décembre 1830. Nous ne pouvons

obtenir aucun renseignement précis sur les antécédents. Nous savons seulement qu'il garde déjà le lit depuis plusieurs jours. Son visage pâle exprime la stupeur ; il répond péniblement aux questions; il paraît déjà singulièrement prostré. La langue, encore humide, est chargée à son centre d'un enduit blanchâtre, et rouge à son pourtour. Le ventre est indolent, un peu ballonné; il y a de la constipation. Le pouls est à peine fréquent, et la peau n'est pas chaude; nous faisons appliquer vingt sangsues à l'anus.

Les cinq jours suivants, la stupeur et la prostration persistent, et cependant chaque matin nous trouvons le pouls sans fréquence, et la peau fraîche ; on nous assure seulement que le soir il y a un peu de fièvre. Cet homme a complétement pour nous l'aspect typhoïde.

Le 1er janvier, l'état de stupeur se prolongeait, sans toutefois augmenter ; il n'y avait pas plus de fièvre que les jours précédents ; un enduit jaunâtre très-épais couvrait la langue. Nous voulûmes essayer quelle influence serait exercée sur cet état par l'ébranlement d'un vomitif; l'absence apparente de toute excitation nous autorisait à en tenter l'emploi. Deux grains de tartre stibié furent en conséquence administrés ; le malade vomit à plusieurs reprises, et eut deux selles abondantes ; il rendit un ver lombric par la bouche.

Les quatre jours suivants, le malade parut aller mieux ; son intelligence était moins affaissée, et il avait plus d'agilité dans ses mouvements ; il était toujours sans fièvre. Mais le 6 janvier, nous trouvons le malade dans un état d'anxiété extrême ; il porte sans cesse la main à l'épigastre, et dit qu'il étouffe ; une vive agitation a succédé à l'espèce d'immobilité des jours précédents ; la langue conserve son humidité et est d'un rouge plus vif ; son centre est toujours couvert d'un enduit jaune. Vingt sangsues sont immédiatement appliquées sur l'épigastre ; leurs piqûres donnent beaucoup de sang. Dans la soirée, le malade est pris de dysurie ; on est obligé de le sonder.

Le 7 janvier, la langue s'est séchée, l'agitation a de nouveau fait place à la stupeur ; la fièvre de la veille persiste ; les urines coulent librement.

Le 8 janvier, deux épistaxis ; sécheresse complète de la langue ; fréquence du pouls; face terreuse et stupide ; commencement de diarrhée ; ventre indolent.

Du 8 au 15 janvier, le ventre se ballonne davantage et est de temps en temps douloureux au palper ; la dysurie reparaît par intervalles ; la sécheresse de la langue et la diarrhée persistent ; la fréquence du pouls va en augmentant. Le 15, on observe quelques soubresauts de tendons. Pendant tout ce temps, le malade ne prend intérieurement que de l'eau de gomme, et des fomentations émollientes sont pratiquées sur l'abdomen.

Le 16 janvier, des croûtes noires couvrent la langue ; le ventre est ballonné et douloureux à la pression : la douleur a surtout une grande intensité vers la région de la rate. Une nouvelle hémorragie nasale a lieu. Le malade délire, et sa face exprime le dernier degré de la stupeur. Le pouls est misérable et très-fréquent. Des soubresauts de tendons empêchent souvent qu'on ne le sente. Nous nous décidons à tenter une médication tonique (*potion gommeuse avec addition de deux gros d'extrait mou de quinquina ; neuf grains de sulfate de quinine en trois pilules; un demi-lavement d'eau amidonnée avec addition de trente gouttes de teinture de valériane*, *et de douze grains de sulfate de quinine; fomentations sur l'abdomen avec l'huile de camomille camphrée*).

Dans la soirée, le malade sort de son état de stupeur ; il s'agite beaucoup, il parle à haute voix ; puis, comme si tout à coup il avait recouvré ses forces, il se lève, sort de son lit, s'habille et marche dans la salle.

Dans la matinée du 17 janvier, l'agitation persiste, quelques vomissements ont lieu. L'événement de la soirée, l'état présent lui-même, nous engagent à supprimer les toniques, il nous semble que le cerveau est devenu le siége d'une forte excitation contre

laquelle on peut encore tenter une émission sanguine, et nous faisons appliquer huit sangsues derrière chaque oreille. Il faut noter que le pouls qui ne donnait le 16 que quatre-vingt-dix-huit battements, en donne, le 17, cent trente.

Toute la journée, malgré l'écoulement de sang qui a lieu, le malade s'agite tellement, et déploie encore tant de forces qu'on est obligé, pour le contenir dans son lit, de lui mettre la camisole.

Le lendemain 18, il est encore attaché. Ses yeux sont hagards et très-mobiles, les mouvements convulsifs les plus variés agitent les muscles de la face, et donnent à sa physionomie une expression hideuse. Ses membres sont le siége d'un tremblement continuel; il parle sans cesse. Les pupilles sont très-dilatées. La langue est couverte de sang, fourni par sa membrane muqueuse; il n'y a eu qu'une seule selle depuis vingt-quatre heures. Le pouls, petit, donne cent trente-quatre battements par minute. (*Synapismes aux extrémités inférieures.*)

Dans la journée, l'exaltation du matin diminue peu à peu, elle fait place à un affaissement qui augmente rapidement, et qui est suivi de la mort vers cinq heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE

17 *heures après la mort.*

Les méninges ne sont point injectées; aucun liquide ne les infiltre; les ventricules ne contiennent que peu de sérosité. Le cerveau est pâle, et il a sa consistance normale.

Les poumons sont sains, peu engoués même postérieurement. Le cœur ne contient que très-peu de sang; son tissu est ferme et n'offre aucune coloration insolite. La surface interne des artères et des veines est blanche.

La membrane muqueuse de l'estomac est pâle dans toute son étendue, excepté autour de l'orifice cardiaque où l'on observe un léger pointillé rouge. Nulle part cette membrane n'est ramollie; elle est mamelonnée vers la portion pylorique.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle est partout d'une grande pâleur. Les parois de cet intestin sont minces, sans qu'aucune des tuniques qui les composent soit ramollie. Dans l'étendue d'un pied au-dessus du cœcum on aperçoit quelques follicules de Brunner peu saillants, et pâles comme la membrane qui les soutient. Dans cette même étendue on rencontre cinq plaques de Peyer, qui ont, terme moyen, huit lignes de long sur deux de large; mais ces plaques ne font aucune saillie au-dessus du niveau de la muqueuse, et elles ne se distinguent de celle-ci que par les myriades de points noirs qui en parsèment la surface. La valvule iléo-cœcale est saine, et tout le gros intestin est pâle comme l'intestin grêle. On n'y découvre pas de follicules: il y a seulement dans le cœcum une petite plaque de Peyer qui a l'aspect de celles de l'intestin grêle, et qui, comme ces dernières, ne présente ni rougeur, ni tuméfaction, ni ramollissement des tissus qui la composent. Les ganglions mésentériques sont pâles et ne sont pas plus développés qu'ils ne doivent l'être chez un jeune homme de dix-neuf ans.

La rate a un volume très-considérable, et elle est très-molle.

Le foie est pâle, et a sa consistance normale.

L'appareil urinaire, y compris la prostate, et les parties génitales, (*Testicules et vésicules séminales*), n'offrent aucune lésion.

Des incisions pratiquées dans l'épaisseur des muscles jusqu'aux os (tant aux membres qu'au tronc) n'y ont rien fait découvrir.

Il est bien évident qu'on ne peut pas expliquer dans ce cas, par les lésions trouvées après la mort, les symptômes observés pendant la vie. Les six plaques de Peyer trouvées dans l'intestin, et les follicules peu nombreux développés autour d'elles ne sauraient être considérés comme des altérations. Ces glandules étaient seulement un peu plus apparentes que de coutume; elles n'étaient point réellement malades. On les trouve en effet dans un semblable état chez des individus qui succombent aux affections les plus différentes; c'est aussi à cet état que nous les avons rencontrées chez d'autres individus morts quelque temps après avoir présenté tous les symptômes d'une dothinentérie dont ils étaient guéris. Nous accorderons, si l'on veut, que chez notre malade, au début de son affection, il y avait eu aussi inflammation de ces follicules; mais toujours est-il qu'à l'instant de la mort cette inflammation n'existait plus, et par conséquent ce n'est point elle qui pourrait expliquer et cette mort, et les symptômes qui la précédèrent. Chercherons-nous ailleurs une lésion? nulle part il n'y en avait l'apparence, pas même dans ces centres nerveux qui, pendant la vie, avaient traduit leur souffrance par des symptômes si graves et si variés.

CHAPITRE II.

FIÈVRES CONTINUES TERMINÉES PAR LE RETOUR A LA SANTÉ.

Les observations qui précèdent ont été consacrées à déterminer, par l'étude des lésions trouvées sur le cadavre, le siége et la nature des maladies décrites par les nosographes sous les noms de fièvres inflammatoire, bilieuse, muqueuse, adynamique, ataxique.

Les observations qu'on va lire vont nous montrer ces mêmes maladies, depuis les plus légères jusqu'aux plus graves, se terminant plus ou moins sûrement par le retour à la santé, sous l'influence de diverses méthodes thérapeutiques. Mais pour juger l'efficacité de ces méthodes il ne faudra pas que nous portions seulement notre attention sur ces cas de guérison, car il est des malades qui guérissent ou qui meurent,

quoi qu'on fasse; il faudra aussi que nous revenions sur nos pas; et que, sous le rapport thérapeutique, nous comparions les observations de maladies terminées par la mort avec celles où la guérison a eu lieu.

En étudiant les effets de ces diverses méthodes nous trouverons plus d'une fois que leurs succès ne peuvent pas toujours s'expliquer par les seules notions de l'anatomie pathologique, c'est que les lésions trouvées sur le cadavre ne fournissent pas dans tous les cas la seule indication thérapeutique; il n'y a d'autres indications à chercher soit dans la nature même des causes qui ont produit la maladie, soit surtout dans les conditions d'innervation qui tantôt ont préexisté à la maladie, dont elles déterminent la forme et la gravité, et qui tantôt se sont produites à l'occasion de cette maladie elle-même. Nous concevrons ainsi comment, en médecine pratique, tout en sachant qu'il y a dans la plupart des fièvres dites essentielles, irritation gastro-intestinale, il ne sera pas déraisonnable, dans certains cas, de ne plus faire qu'une attention secondaire à cette irritation, et de s'attacher surtout à modifier l'innervation par l'emploi de substances appelées toniques, antispasmodiques, etc., substances dont on a fait sans doute un bien funeste abus, mais dont il n'est pas encore démontré qu'on doive proscrire entièrement l'usage.

Les observations suivantes vont nous montrer les maladies connues sous le nom de *fièvres*, traitées 1° par une simple médecine expectante; 2° par les évacuants; 3° par les antiphlogistiques proprement dits (émissions sanguines et révulsifs); 4° par les toniques.

ARTICLE PREMIER.

TRAITEMENT PAR LA DIÈTE ET LES SIMPLES DÉLAYANTS.

LXVIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Diarrhée au début; fièvre; rétablissement d'une transpiration supprimée; guérison. Onze jours de durée.

Une fille de 21 ans, femme de chambre, d'une forte constitution, n'habitant Paris que depuis trois mois, sentit, le 8 octobre 1821, sans cause connue, un malaise général; elle perdit l'appétit, et fut prise d'un grand dévoiement. Les huit jours suivants, continuation de la diarrhée, fièvre. La malade ne cessa pas de manger à peu près comme en santé. Entrée à la Charité le 16 octobre, elle avait de la céphalalgie. La face était

rouge, la langue blanche, la bouche mauvaise, la soif vive, la région ombilicale douloureuse. La malade avait eu douze selles très-liquides depuis vingt-quatre heures. Le pouls était à peine fréquent, la peau peu chaude. Dans l'état de santé, les aisselles étaient le siége d'une transpiration très-abondante qui n'avait plus lieu. On prescrit deux demi-lavements de mauve et de pavot, tisane d'orge gommée, diète absolue. Dans la journée, la malade n'alla que quatre à cinq fois à la selle. Le soir elle eut beaucoup de fièvre. La nuit, de fréquentes nausées la tourmentèrent, dans la matinée du 17, elle était dans le même état que la veille, son dévoiement se modéra; elle n'eut pas le soir de redoublement, et dormit assez bien la nuit. Le 18, même prescription, deux bouillons. Il n'y eut qu'une selle dans la journée. Le 19, la malade se trouvait très-bien, elle avait de l'appétit. La transpiration de l'aisselle s'était rétablie pendant la nuit. Elle fut mise au quart. Elle sortit le 21.

La guérison chez cette malade fut prompte et facile. A peine fut-elle délivrée du dévoiement et de la fièvre, qu'elle recouvra la plénitude de ses forces et de sa santé. Elle n'eut pas, en quelque sorte, de convalescence. Se serait-elle aussi promptement rétablie, si on l'eût affaiblie par des émissions sanguines?

Remarquons aussi chez cette femme la suppression d'une transpiration partielle habituelle, qui se rétablit avec la santé. Si les symptômes morbides avaient persisté, il eût été rationnel de chercher à rappeler la transpiration des aisselles par l'usage des frictions, des fomentations chaudes, par l'application d'irritants sur cette partie, etc.

LXVIIe OBSERVATION.

Séjour à Paris depuis deux ans. Au début, prédominance des symptômes généraux. Plus tard, diarrhée avec fièvre. Onze jours de durée.

Un homme, âgé de 23 ans, assez faiblement constitué, habitant Paris depuis deux ans, ressent, pendant quatre jours, des fatigues dans les membres et une forte céphalalgie sus-orbitaire. Il perd l'appétit; sa bouche est mauvaise. Le cinquième jour, il a du dévoiement; il éprouve, pour la première fois, une chaleur brûlante, un accablement général; il s'alite. Le sixième et le septième, il est dans le même état, et boit un peu de vin chaud sucré. Le huitième jour, il est très-faible, il a des étourdissements. La douleur de tête est bornée à la tempe gauche; la langue est blanchâtre, la soif médiocre, le ventre indolent. Huit déjections alvines très-liquides et jaunes ont eu lieu dans les vingt-quatre heures. Le pouls est fréquent et fort, la peau moite (*tisane d'orge gommée, diète absolue*). Le neuvième et le dixième jour, l'état est le même. On continue l'usage de la tisane d'orge. Le onzième jour, le dévoiement se modère; la fièvre n'existe plus. Convalescence les jours suivants.

LXVIIIe OBSERVATION.

Écart de régime. Au début, signes d'embarras gastrique; constipation constante; fièvre; cessation graduelle des symptômes. Vingt-cinq jours de durée.

Un jeune homme de 18 ans a une violente indigestion après avoir mangé une grande quantité d'oie. Les quinze jours suivants, il éprouve un malaise général : il est sans appétit, il a des nausées, des maux de tête, il est constipé. Au bout de quinze jours le pouls s'accélère un peu, la peau devient chaude; la constipation persiste. Il entre à l'hôpital. On le traite comme les malades précédents. Il reste huit à dix jours dans le même état; puis le pouls perd sa fréquence, l'appétit revient, le malaisse général disparaît, et le malade est rendu à son état de santé habituel.

Les divers symptômes éprouvés par cet individu reconnaissent ici pour point de départ une affection de l'estomac, produite elle-même par une cause évidente. C'est en raison de cette circonstance que nous avons rapporté ce cas, où le siége de la maladie est beaucoup plus démontré par la cause qui l'a produite et par les phénomènes du début, que par les symptômes qui existent pendant son cours. Au contraire, dans l'observation 67e, l'affection gastro-intestinale ne se dessine qu'un certain nombre de jours après le début de la maladie, et dans ce début ce sont les symptômes généraux qui prédominent.

LXIXe OBSERVATION.

Excès de travail et mauvaise nourriture. Diarrhée au début. Langue sèche par intervalles. Trois semaines de durée.

Un tailleur, âgé de 20 ans, avait passé plusieurs nuits à travailler; il se nourrissait mal : sa maladie avait débuté par une diarrhée abondante. Lorsqu'il entra à la Charité, sa figure était pâle, fatiguée; l'irritation bronchique compliquait chez lui l'irritation intestinale. Plusieurs fois le dévoiement se suspendit pendant un ou deux jours, puis il reparaissait; la langue se séchait et rougissait de temps en temps. Le malade présenta, pendant trois semaines environ, ces alternatives de bien et de mal. Il ne prit autre chose que la tisane d'orge, des juleps le soir, et quelques lavements de guimauve.

Dans cette observation, les symptômes prédominants annoncent un état d'irritation assez vive du tube digestif. Fallait-il chercher à en abréger la durée par l'emploi des émissions sanguines? Nous croyons

que leur emploi répété n'eût pas été sans inconvénient chez un individu dont le tube digestif ne s'irrita qu'à la suite d'influences (1) qui avaient placé le système nerveux et le sang dans des conditions morbides qui avaient modifié toute l'économie avant la manifestation de l'irritation gastro-intestinale. Nous avons vu bien souvent, en pareils cas, les émissions sanguines ne pas enlever l'affection locale, et être immédiatement suivies d'un état de prostration qui augmentait à mesure qu'on répétait les saignées. Ainsi, dans cette circonstance, les indications thérapeutiques doivent moins se tirer de la lésion locale qui donne son nom à la maladie, que des conditions dans lesquelles se trouve placé l'individu avant la manifestation de cette lésion.

LXXe OBSERVATION.

Frisson au début. Absence de diarrhée. Langue sèche et brune. Douze jours de durée.

Un commissionnaire, âgé de 22 ans, était malade depuis neuf jours. Lorsqu'il entra à la Charité, il avait senti d'abord du frisson, puis une chaleur brûlante et continuelle : il n'avait pas eu de diarrhée. A l'époque de son entrée, la face était calme, la fièvre très-modérée, l'état général bon. Cependant, au milieu de cet ensemble de symptômes qui annonçaient une maladie légère, les dents étaient encroûtées, la langue très-sèche et brune (*tisane d'orge*, *lavements émollients*).

Le lendemain 14 septembre, la langue s'était humectée. Le 16, le pouls avait perdu sa fréquence. Le 17, convalescence.

Cette observation est remarquable par le désaccord qui existait, en quelque sorte, entre l'état de la langue et des dents, qui annonçait une affection des plus graves, et l'extrême bénignité des autres symptômes.

Il est quelques individus chez lesquels, à l'occasion de toute maladie, quelque légère qu'elle soit, la langue se sèche et brunit. Cela est sur-

---

(1) Ces diverses influences agissent certainement moins sur tel ou tel organe en particulier, que sur l'innervation, dont elles modifient l'action, et sur le sang, dont elles tendent à changer la composition. Ainsi, avant qu'un organe devienne manifestement malade chez les individus soumis à ces influences, elles avaient créé dans l'économie une disposition morbide. Dans cette disposition antécédente, bien plus que dans la lésion locale, doit être cherchée la cause des symptômes divers qui apparaissent à l'occasion de cette lésion. Mais cette lésion elle-même, quel en est le point de départ? Peut-être aussi ce même état morbide antécédent de l'innervation et du sang. Une émotion morale ne produit-elle pas un flux diarrhéique, une colique, un vomissement? L'injection de matières putrides dans les veines ne détermine-t-elle pas chez les animaux une gastro-entérite?

tout assez commun chez les vieillards; on l'observe aussi chez les jeunes gens, chez ceux surtout dont le système nerveux a été fatigué par des excès, ou débilité par une alimentation insuffisante. Cet état de la langue doit nous avertir de ne pas trop multiplier les émissions sanguines.

LXXIe OBSERVATION.

Séjour à Paris depuis huit mois. Excès de vin. Frisson au début; d'abord prédominance des symptômes généraux. Diarrhée vers la fin.

Un charbonnier, âgé de 15 ans, à Paris depuis huit mois, fut pris d'un violent frisson peu de temps après avoir bu plus de vin que de coutume. Les jours suivants, grande céphalalgie, douleur au creux de l'estomac, conservation de l'appétit, constipation, alternatives de froid et de chaud. Il était alité depuis quatre jours lorsqu'il entra à l'hôpital. A cette époque, pas de céphalalgie, douleur à la nuque et aux épaules, rougeur violacée des joues, étourdissements ; langue blanche pointillée de rouge, humide, soif peu vive, appétit, coliques légères. Une ou deux selles liquides en vingt-quatre heures, depuis deux jours ; pouls fréquent, roide ; peau brûlante, sueur de la face (*tisanes adoucissantes*).

Les jours suivants, diminution graduelle des symptômes de retour progressif à la santé.

Les signes de l'irritation gastro-intestinale sont encore peu prononcés dans cette observation, et il serait difficile d'affirmer si la cause qui paraît avoir déterminé la maladie n'avait pas agi d'abord plutôt sur le cerveau que sur l'estomac. Introduisez, en effet, une certaine quantité de liqueur alcoolique dans l'estomac d'un animal : ce n'est point une irritation gastrique dont vous trouverez des traces; ce n'est point vers l'estomac qu'apparaîtront les grands désordres fonctionnels; ce sera dans les centres nerveux.

LXXIIe OBSERVATION.

Séjour à Paris depuis cinq ans. Au début, frisson, diarrhée, vomissements. Dix jours de durée.

Un journalier, âgé de 28 ans, à Paris depuis cinq ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, sentit, dans la soirée du 20 juillet, après avoir soupé, un grand frisson. Il n'avait fait aucun excès, n'avait éprouvé aucun malaise dans la journée. Depuis ce moment il a éprouvé une chaleur continuelle, sans mélange d'aucun frisson. Il s'est alité, et s'est senti tellement faible, qu'ayant voulu deux fois se lever, il n'a pas pu. En même

temps, grande diarrhée ; vingt à vingt-cinq selles par jour, sans douleur ; vomissements bilieux, toux. Entré à l'hôpital le 27 juillet, il présente l'état suivant :

Face rouge, mêlée d'une teinte jaunâtre ; air fatigué, langue rouge et sèche, soif, désir des aliments ; selles abondantes, semblables à de l'eau, rendues sans douleur ni ténesme, précédées de coliques ; pouls de fréquence médiocre, température de la peau élevée, chaleur chaque soir, sueurs la nuit (*tisane d'orge gommée, acidulée avec le jus de citron ; lavement de lin ; fomentations d'oxycrat chaud sur le ventre ; diète*).

A peine eut-on commencé à faire les fomentations, que les coliques cessèrent. Dès le lendemain la langue avait repris un aspect à peu près naturel, le dévoiement était beaucoup moindre ; il y avait à peine de la fièvre.

Le surlendemain 19, trois selles eurent lieu seulement ; la fièvre avait complétement cessé. Les jours suivants, prompt rétablissement.

Cette observation présente un exemple frappant de l'influence toute-puissante du repos et des soins hygiéniques, bien dirigés, dans la guérison du genre de maladies qui nous occupe.

Qu'aurait-on obtenu de plus en tirant du sang? Il est bon de méditer sur ces cas dans lesquels le médecin, abandonnant une maladie aux seules forces médicatrices de la nature, ne fait autre chose que d'éviter tout ce qui pourrait nuire.

LXXIIIe OBSERVATION.

Séjour à Paris depuis seize mois. Au début, prédominance de symptômes généraux. Plus tard, diarrhée ; pétéchies ; sueurs vers la fin. Dix-sept jours de durée.

Un cordonnier, âgé de 16 ans et demi, à Paris depuis seize mois, a eu déjà de la fièvre et de la diarrhée il y a cinq mois. Le 4 août, sans cause connue, il sentit un malaise général et une forte céphalalgie frontale. Jusqu'au 10, augmentation du malaise, constipation.

État du 10. Face rouge et couverte de sueur, yeux brillants, bouche mauvaise ; langue blanchâtre, rouge sur les bords ; constipation ; pouls fréquent, développé ; peau chaude (*tisane d'orge*, *lavement de graine de lin*).

11. Le malade se sent mieux. Céphalalgie moindre, même état des voies digestives, pouls fréquent, peau chaude et sèche.

12. Diarrhée pour la première fois, langue moins rouge, persistance de la fièvre.

13. Continuation de la diarrhée, langue rouge et sèche, fièvre moindre.

14. Sueur abondante ; langue blanche, humide ; diarrhée moindre, pouls à peine fréquent.

15. Cessation de la diarrhée, quelques taches pétéchiales sur la poitrine et l'épigastre, agitation la nuit, augmentation de la fréquence du pouls et de la chaleur de la peau.

Du 15 au 20, des sueurs très-abondantes eurent lieu, les taches pétéchiales s'effacèrent, le pouls perdit sa fréquence. Le 21, le malade était très-bien.

Cette maladie assez grave fut encore uniquement traitée par les délayants ; on eut soin d'écarter seulement tout ce qui aurait pu contrarier la marche de la nature. Dans le début, l'estomac parut spécialement atteint ; plus tard, le gros intestin s'irrita à son tour ; l'apparition des taches pétéchiales coïncida avec une augmentation de la fièvre; on put alors redouter le développement de symptômes ataxo-adynamiques; des sueurs abondantes survinrent, et dès lors la maladie marcha vers la résolution. Ces sueurs furent-elles critiques? seraient-elles survenues si la maladie, au lieu d'être abandonnée à son cours naturel, eût été contrariée dans sa marche par une médication active? Alors peut-être un autre ensemble de phénomènes se serait présenté, et peut-être la maladie aurait eu une autre marche, d'autres symptômes et un autre mode de terminaison.

LXXIVe OBSERVATION.

Diarrhée au début. Sueurs dont l'apparition coïncide avec une cessation brusque de la fièvre et du dévoiement. Dix-sept jours de durée.

Un serrurier, âgé de 18 ans, bien constitué, était atteint, depuis treize jours, de diarrhée et de fièvre lorsqu'il entra à la Charité. A cette époque, il se plaignait d'étourdissements, de nausées ; sa langue était blanchâtre (*tisane d'orge*). Même état les deux jours suivants.

Dans la soirée du 16e au 17e jour, le malade eut pour la première fois une sueur abondante. Le lendemain au matin, apyrexie complète, cessation de la diarrhée. Très-bien les jours suivants.

Nous avons cité cette courte observation comme se rapprochant de la précédente par la sueur critique qui marqua la terminaison de la maladie. Dans ce cas encore la médecine fut toute expectante.

LXXVe OBSERVATION.

Séjour à Paris depuis trois mois. Au début, diarrhée qui cesse bientôt, sans que les autres symptômes s'amendent. Fièvre d'abord rémittente tierce, puis continue. *Sudamina*. Vingt-deux jours de durée.

Un marchand de melons, âgé de 22 ans, à Paris depuis trois mois, eut, il y a quinze jours, une légère diarrhée qui cessa bientôt. Mais depuis ce temps malaise général,

diminution des forces ; enfin, depuis huit jours, frisson tous les deux jours à six heures du soir, suivi de chaleur et de sueur. Entré le 14 août, il est dans l'état suivant :

Langue un peu rouge, bouche sèche, peu d'appétit, constipation ; éruption nombreuse de petites vésicules miliaires, transparentes, pressées les unes contre les autres à la région épigastrique (*sudamina*). Pouls fréquent, peau moite, toux légère (*tisane d'orge*).

Le soir, pas de frisson, mais sueur très-abondante toute la nuit.

Le 15, les *sudamina* étaient très-multipliés ; ils couvraient tout le ventre ; plusieurs, de la largeur d'une lentille, formaient une cloche ressemblant en petit à celle d'un vésicatoire. Même état du reste.

Sueur abondante sans frisson initial dans la nuit du 15 au 16.

Le 16 de nombreux *sudamina* existaient à la poitrine, autour des aisselles et sur les cuisses. La langue était rouge et humide, la soif peu vive, le ventre indolent. Deux selles liquides avaient eu lieu. Le pouls, facilement dépressible, battait quatre-vingts fois par minute.

17. Même état.

18. Continuation des sueurs, fièvre, langue à peu près naturelle, une seule selle. Plusieurs des vésicules, réunies en une seule, constituaient de larges ampoules.

Nous trouvâmes le lendemain, un grand nombre de ces vésicules rompues. Le 20, elles avaient en grande partie disparu, il n'y avait plus de fièvre, les sueurs avaient cessé, le malade était très-bien.

Cette fièvre, d'abord rémittente, se transforma ensuite en continue simple avec un redoublement très-marqué chaque soir. Un peu de rougeur de la langue, du dévoiement un seul jour, tels furent les seuls accidents qui dénotèrent dans ce cas l'irritation gastro-intestinale. La diète et la tisane d'orge, telle fut toute la médication.

Les *sudamina* furent remarquables par leur nombre et par leur grandeur. Aussi considérable, ce genre d'éruption ne peut guère être considéré comme le simple résultat mécanique d'une transpiration cutanée très-abondante : il semble qu'on doive le regarder comme une affection particulière de la peau. Maintes fois, en effet, nous avons observé des sueurs aussi copieuses et aussi prolongées chez des individus dont la peau ne s'est jamais couverte de *sudamina*.

LXXVIe OBSERVATION.

Excès de travail. Au début, simple courbature ; plus tard, diarrhée et fièvre ; urticaire. Dix-huit jours de durée.

Un menuisier, âgé de 21 ans, fit, le 5 août, un excès de travail. Depuis ce temps, symptômes de courbature, forte douleur à la région lombaire, conservation de l'appétit. Il continua cependant à travailler jusqu'au 16. Le 17, il entra à la Charité.

Le 18, il avait de la fièvre ; il avait sué abondamment toute la nuit. La langue avait

son aspect naturel. Trois selles sans colique avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures ; jusqu'alors le malade avait été constipé (*tisane d'orge*).

19. Nous aperçûmes sur toute la partie antérieure du thorax et sur l'épigastre de larges taches rouges arrondies ou ovalaires, isolées ou confluentes ; elles disparaissaient momentanément par la pression, ne causaient aucune démangeaison. Le malade ne s'était pas même aperçu de leur existence.

Le lendemain, 20, elles avaient à peu près complétement disparu. La fièvre persistait. Deux selles. Du 21 au 23 le pouls perdit sa fréquence ; et le malade, rendu à la santé, sortit le 24.

Nous voyons ici un exemple de ces éruptions infiniment variées dont la peau devient le siége dans les fièvres, et qui paraissent n'avoir le plus souvent qu'une influence fort douteuse sur leur terminaison plus ou moins prompte.

Il n'y eut d'autres signes d'affection intestinale, pendant toute la durée de la maladie, qu'un très-léger dévoiement.

LXXVIIe OBSERVATION.

Impression d'un froid humide. Le même jour, vomissements et diarrhée. Apparition de pétéchies au moment de la convalescence.

Un maçon, âgé de 18 ans, reçut une pluie abondante le 12 mai. Ce jour-là vomissement et diarrhée. Jusqu'au 21, abattement, malaise général, deux ou trois selles chaque jour. Lors de son entrée, le 31 mai, fièvre, langue vermeille ; appétit, une seule selle, ventre indolent et souple (*tisanes adoucissantes*). Même état jusqu'au 5. Le 6, le pouls était à peine fréquent, la peau sans chaleur. Cinq ou six taches rosées, un peu saillantes, larges comme une lentille, avaient apparu depuis la veille sur le devant de la poitrine. Elles persistèrent le 7 et le 8 ; le malade était d'ailleurs convalescent. Elles n'existaient plus le 9.

Chez ce malade, comme chez les deux individus précédents, les pétéchies se montrèrent au moment de la convalescence.

Il est hors de doute que la maladie avait ici débuté par une irritation gastro-intestinale ; mais lorsque nous vîmes le malade, il n'existait plus, par les symptômes locaux, aucune trace de gastrite ni d'entérite, et cependant une fièvre assez intense persistait.

LXXVIIIe OBSERVATION.

Séjour à Paris depuis neuf mois. Diarrhée à l'époque de l'entrée. Stupeur ; langue sèche et brune ; pétéchies. Cessation graduelle des symptômes. Persistance de pétéchies dans la convalescence.

Un serrurier, âgé de 23 ans, à Paris depuis neuf mois, avait du dévoiement depuis plusieurs jours, lorsqu'il entra à la Charité. A cette époque, air de stupeur, céphalalgie ; langue rouge et sèche, brune à son centre ; ventre indolent, un peu tendu, dévoiement moindre. Pouls de fréquence médiocre, inégal sous le rapport de la force, peau couverte d'une sueur abondante ; taches rouges, un peu saillantes, variant depuis la largeur d'un grain de millet jusqu'à celle d'une petite lentille, éparses sur le ventre et sur la poitrine (*deux vésicatoires aux jambes. Tisane d'orge, lavement émollient, fomentations émollientes sur l'abdomen*). Dans la soirée du 7, sueurs, pouls sans fréquence. Cinq à six selles liquides, langue humide. Le lendemain 8 août, langue plus humide, toujours brune au centre, sueur abondante ; pouls sans fréquence, un peu irrégulier ; plusieurs selles ; appétit. Persistance des taches.

Les trois jours suivants, cessation de la diarrhée ; langue naturelle, pouls sans fréquence, sueurs continuelles. Les pétéchies ne diminuent pas. A dater du 12, pleine convalescence : cependant les pétéchies ne disparurent entièrement que le 16.

Des symptômes assez graves existaient à l'époque de l'entrée du malade, bien que la fréquence du pouls ne fût que très-médiocre. Des sueurs abondantes continuèrent à avoir lieu après que le pouls fut entièrement revenu à son état normal. Les pétéchies, qui avaient commencé à se montrer à l'époque de la plus grande intensité de la maladie, ne diminuèrent point avec elle. Ces taches pétéchiales survécurent en quelque sorte à tous les autres symptômes, et parurent ainsi entièrement indépendantes.

Une entéro-colite, ou si l'on veut une dothinentérite, marqua le début de cette maladie ; l'innervation fut bientôt assez gravement lésée. Cette stupeur, cette teinte brune de la langue, ces pétéchies, n'étaient certainement pas le simple résultat de l'irritation gastro-intestinale. Cette irritation était un des éléments de la maladie ; mais, à mon avis, elle ne la constituait pas tout entière. Cependant que fit-on? Pas d'autre traitement actif, que d'appliquer des vésicatoires aux jambes. Soumis d'ailleurs au simple emploi des tisanes délayantes, de quelques lavements et des fomentations sur l'abdomen, ce malade n'eut pas besoin de saignées pour revenir à la santé.

LXXIXe OBSERVATION.

Séjour à Paris depuis onze mois. Rhumatisme articulaire au début ; disparition des douleurs ; persistance de la fièvre ; plus tard, stupeur, délire, langue fuligineuse ; diarrhée légère. Vingt-sept jours de durée.

Un élève en médecine, âgé de 22 ans, s'était toujours bien porté depuis son arrivée à Paris, qui datait de onze mois. Il habitait, rue des Mathurins, une chambre assez aérée ; et s'était souvent livré à des excès de femme. Le 12 novembre 1827, il sentit un malaise général, des frissons vagues, de la céphalalgie. Les trois jours suivants, même état, bouche pâteuse, anorexie, constipation.

Appelé près de lui le 16 novembre, cinquième jour, nous le trouvâmes dans l'état suivant : face pâle, abattue ; traits tirés, expression inquiète de la physionomie ; mouvements pénibles. Langue chargée d'un enduit blanchâtre épais ; pas de soif ; anorexie ; ventre souple et indolent, pas de selle depuis le commencement de la maladie. Pouls fréquent, peu développé : peau et chaleur médiocres.

Nous ne vîmes aucune indication précise à remplir ; nous prescrivîmes une tisane de décoction d'orge, deux lavements à l'eau et la diète.

Les cinq jours suivants, le malade resta à peu près dans le même état. (*Même prescription, un bain.*)

Le 22 novembre, onzième jour, il y avait plus d'abattement dans les traits ; la lenteur des mouvements indiquait une prostration plus grande, les réponses étaient incertaines ; la langue, tirée avec difficulté, était couverte d'un enduit grisâtre, d'une grande viscosité ; ce même enduit collait les dents les unes aux autres. (*Infusion de tilleul.*)

Le douzième jour, épistaxis.

Le treizième jour, langue sèche, couverte d'une croûte noire ; air de stupeur ; délire par intervalles. Pouls très-fréquent, petit.

Le quatorzième jour, deuxième épistaxis, diarrhée pour la première fois ; même état du reste. On continue les simples boissons délayantes.

Les quinzième, seizième et dix-septième jours, plusieurs épistaxis. Langue très-sèche et brune ; stupeur ; taciturnité ; délire la nuit. (*Eau d'orge, lavements de guimauve, frictions avec le vinaigre chaud sur les membres.*)

Dix-huitième et dix-neuvième jours, pas de changement ; pas d'épistaxis. (*Même prescription.*)

Vingtième jour, nous trouvons la face moins prostrée ; l'œil est plus naturel ; la langue s'est un peu humectée. Trois selles liquides ont eu lieu depuis vingt-quatre heures.

Du vingt-unième au vingt-septième jour, l'amélioration va en augmentant ; le vingt-septième jour, la langue est humide et d'une bonne couleur ; les forces sont relevées ; la diarrhée n'existe plus ; le pouls a encore un peu de fréquence qu'il perd les jours suivants. Le malade commence à prendre un peu de lait coupé. Au mois de décembre cet individu était rendu à son état de santé habituel.

L'individu qui fait le sujet de cette observation nous a présenté des symptômes plus graves que les autres. Soumis au même traitement, il guérit. Ce cas est un de ceux dans lesquels nous croyons qu'il a été sage de s'abstenir des émissions sanguines.

Bien que n'ayant été dérangée dans sa marche par aucune médication, cette maladie se termina sans qu'aucun phénomène dit critique se manifestât.

Les observations qu'on vient de lire peuvent être de quelqu'utilité, à une époque où les théories régnantes portent à tirer du sang au début et dans le cours de toute maladie fébrile. Elles montrent ce qu'on peut attendre, dans ces maladies, soit légères, soit graves, d'une médecine tout expectante, et ce que deviennent, sous son influence, de pareilles maladies considérées dans leurs symptômes, dans leur durée, dans leurs terminaisons.

ARTICLE II.

TRAITEMENT PAR LES ÉVACUANTS.

Parmi les individus qui font le sujet des observations contenues dans cet articles, les uns présentaient simplement les symptômes de cet état morbide, qui est connu sous le nom d'embarras gastrique et intestinal; ils n'avaieut qu'un très-léger mouvement fébrile; quelques-uns même étaient sans fièvre.

D'autres, offrant à peu près le mêmes symptômes que les malades précédents, avaient de plus une fièvre assez forte.

D'autres enfin présentaient déjà plusieurs des symptômes de l'état dit adynamique, lorsqu'on tenta chez eux l'administration d'un vomitif.

LXXXe OBSERVATION.

Symptômes d'embarras gastrique; apyrexie. Vomitif. Guérison.

Un jeune homme de 17 ans, habitant Paris depuis son enfance, présentait, lors de son entrée à la Charité, les symptômes de cet état de l'économie qui a été désigné sous le nom de *courbature avec embarras gastrique*. Il avait perdu l'appétit depuis quinze jours; il éprouvait un sentiment de malaise général, une forte céphalalgie sus-orbitaire. Il se plaignait d'une douleur épigastrique constante et de constipation. La langue était jaunâtre, la bouche pâteuse. Il y avait absence complète de fièvre. Vainement le malade avait-il eu recours aux boissons délayantes et adoucissantes, son état ne s'était point amélioré. Deux grains d'émétique lui furent donnés; des évacuations abondantes eurent lieu par haut et par bas. Au bout de vingt-quatre heures tous les symptômes morbides avaient disparu, et le malade était rendu à son état de santé habituel : aucune sueur n'eut lieu.

Ainsi, chez cet individu, l'administration d'un vomitif fit disparaître presque immédiatement des symptômes que la diète et les simples délayants n'avaient pu dissiper.

LXXXIe OBSERVATION.

Symptômes d'embarras gastrique; fièvre légère. Vomitif. Guérison.

Un homme de 22 ans, tailleur, après avoir passé plusieurs nuits à travailler, éprouva le même ensemble de symptômes que le malade qui fait le sujet de l'observation précédente. Après être resté onze jours dans cet état, il entra à la Charité. Il avait alors un très-léger mouvement fébrile, ce qui n'existait pas chez l'autre. Il prit trois grains d'émétique dans une pinte d'eau de veau. Il vomit beaucoup et alla dix fois à la selle. Son rétablissement fut aussi prompt et aussi complet que chez le premier malade.

LXXXIIe OBSERVATION.

Céphalalgie ; vomissements spontanés. Fièvre légère. Vomitif. Guérison.

Un ébéniste, âgé de 17 ans, à Paris depuis cinq semaines, éprouve, le 4 et le 5 octobre, des étourdissements, de la céphalalgie. Le 5, il vomit spontanément des matières amères et jaunes. Le 6, il présente l'état suivant : céphalalgie sus-orbitaire, langue blanche, bouche très-mauvaise, nausées, sentiment de fatigue générale, selles ordinaires, très-léger mouvement fébrile. (*Huit grains d'épicacuanha, tisane d'orge, deux bouillons.*) Il vomit beaucoup de matières glaireuses et un ver lombric. Le lendemain il était très-bien.

Nous avons vu souvent, comme dans cette observation, des individus, tourmentés de nausées et même de vomissements, n'en être débarrassés qu'à la suite de l'administration de l'émétique. En même temps la fièvre cessait, et une santé parfaite se rétablissait.

LXXXIIIe OBSERVATION.

Diarrhée au début, remplacée par de la constipation ; symptôme d'embarras gastrique ; apyrexie. Vomitif : guérison.

Un polisseur en acier, âgé de 23 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, a perdu l'appétit depuis une dixaine de jours. Dévoiement pendant les quatre ou cinq premiers jours, céphalalgie, mal dans les membres. Lorsqu'il entra à la Charité (1er dé-

cembre) il n'avait pas été à la selle depuis trois jours : langue blanche, bouche mauvaise, soif, anorexie, douleur épigastrique, pouls sans fréquence, peau sans chaleur. (*Dix grains d'épicacuanha avec addition d'un grain d'émétique.*) Il vomit peu, et alla cinq fois à la selle. La nuit il dormit bien. Le lendemain matin, 1er janvier, il ne sentait plus de douleur à l'épigastre ; les autres symptômes persistaient. Deux jours après il avait recouvré l'appétit et la santé.

Cet individu diffère des précédents, en ce qu'il eut d'abord de la diarrhée, ce qui n'empêcha pas que les mêmes effets ne suivissent l'administration de l'émétique.

LXXXIVe OBSERVATION.

Diarrhée et douleurs abdominales au début. Plus tard, cessation de la diarrhée ; fièvre. Vomitif. Sueurs après le vomissement ; guérison.

Un jeune homme de 18 ans, récemment arrivé à Paris, ressentit le 20 mars, sans cause connue, un violent mal de tête ; il continua à travailler. Le lendemain, douleurs abdominales, un peu de dévoiement. Il s'alita et but de la limonade. Entré à la Charité le 29 mars, il était le 30 dans l'état suivant : céphalalgie générale, teinte jaunâtre de la face, langue blanchâtre, douleur autour de l'ombilic, augmentant par la pression ; cessation du dévoiement depuis deux jours, pouls un peu fébrile ; léger redoublement chaque soir. (*Dix grains d'ipécacuanha.*) Le malade vomit et alla une fois à la selle. Il eut une sueur abondante après avoir vomi. Il n'y eut pas de redoublement le soir.

Le lendemain 31, la céphalalgie avait disparu ; la langue était vermeille, le pouls lent ; la douleur ombilicale persistait ; elle ne cessa que le 5 avril. Le malade était d'ailleurs très-bien. Il sortit le 7.

Ce malade avait eu d'abord de la diarrhée, comme le précédent. Elle n'existait plus lorsqu'on lui donna l'ipécacuanha. Mais alors il avait encore une douleur abdominale que la pression augmentait. Cette douleur fut le seul symptôme qui ne disparut pas après que le malade eut vomi.

LXXXVe OBSERVATION.

Constipation ancienne ; tumeur stercorale ; fièvre. Émétho-cathartiques répétés ; guérison.

Un tailleur, âgé de 20 ans, récemment arrivé de Bayonne, n'avait pas été à la selle depuis quinze jours, lorsqu'il entra à la Charité, le 22 septembre. Il se plaignait de coliques. L'on sentait aux environs de l'ombilic une tumeur mobile, que M. Lerminier regarda comme le résultat de l'accumulation des matières stercorales dans les cellules

du colon. Un enduit jaunâtre, épais, couvrait la langue ; le pouls était fréquent. (*Deux lavements avec séné et sulfate de soude, de chaque une once. Tisane de lin; demi-julep.*)

Une grande quantité de matières fécales très-dures fut évacuée. Le lendemain 23, la tumeur ombilicale n'existait plus. Le pouls, bien que moins fréquent, n'était pas cependant encore revenu à son état naturel. L'enduit jaunâtre de la langue persistait. Dix grains d'ipécacuanha furent prescrits. Le malade vomit peu, mais il alla beaucoup à la selle.

24. Langue vermeille, bon appétit, pouls naturel. Cet état satisfaisant persista les deux jours suivants.

Le 27, la bouche redevint pâteuse : borborygmes, constipation, légère fréquence du pouls. (*Petit-lait avec une demi-once de sulfate de soude.*) Quatre ou cinq selles eurent lieu dans la journée.

1er octobre. Les symptômes d'embarras gastrique persistaient. Deux pastilles d'émétine contenant chacune un demi-grain de cette substance, furent administrées à un quart d'heure d'intervalle l'une de l'autre. Le malade vomit quelques minutes après avoir pris la seconde pastille ; il alla une fois à la selle. Il ne tarda pas à sortir bien portant.

Nous remarquerons dans cette observation la manière dont revinrent à plusieurs reprises les symptômes que l'on combattait, à chacun de leurs retours, soit par un émétique, soit par un purgatif. Ils ne parurent plus à la suite d'un dernier vomissement provoqué par l'émétine.

Nous appellerons aussi l'attention sur la tumeur qui se dessinait à travers les parois abdominales, et qui était constituée par une accumulation de matières fécales endurcies.

Des tumeurs stercorales, semblables à celles dont il est question dans l'observation précédente, ont quelquefois été prises pour des tumeurs squirrheuses. Nous en avons vu à la Charité un exemple frappant chez une vieille femme qui présentait entre l'épigastre et l'ombilic une tumeur saillante, bosselée; mobile et douloureuse. Cette femme donnait d'ailleurs très-peu de renseignements sur son état antécédent. Reçue d'abord momentanément dans les salles de chirurgie, elle fut regardée comme atteinte d'un squirrhe de l'épiploon. Un jugement semblable avait déjà été porté au bureau central. Cette femme fut ensuite transportée dans le service de M. Lerminier. En palpant l'abdomen, il ne tarda pas à reconnaître, dans tout le trajet présumé du colon, des tumeurs bosselées semblables à la précédente, mais seulement plus petites. On sut bientôt que depuis très-longtemps la malade n'avait pas été à la selle. M. Lerminier pensa que ces tumeurs étaient dues à l'accumulation des matières

fécales. Des purgatifs par haut et par bas furent donnés ; des matières fécales extrêmement abondantes et très-dures furent rendues, et le prétendu squirrhe disparut.

Nous avons vu, dans d'autres cas l'accumulation prolongée des matières dans le gros intestin donner lieu à la tension générale de l'abdomen, et à des douleurs assez vives pour faire croire à l'existence d'un péritonite. Nous avons surtout observé ces douleurs à leur plus haut degré d'intensité chez une femme récemment accouchée. Lorsque nous la vîmes pour la première fois, sa face était pâle, décomposée ; ses traits profondément altérés exprimaient l'anxiété la plus vive : le pouls était petit et très-fréquent ; l'abdomen était le siége de douleurs atroces qui arrachaient des cris à la malade et que la pression augmentait. Ces douleurs, assez légères d'abord pendant quelques jours, avaient acquis, depuis quarante-huit heures, ce haut degré d'intensité. M. Lerminier, en palpant l'abdomen, reconnut dans le trajet présumé du colon des tumeurs bosselées, inégales et mobiles sous le doigt. La malade nous apprit en même temps que depuis plus de douze jours elle était atteinte d'une constipation opiniâtre. M. Lerminier soupçonna dès-lors la véritable nature de la maladie ; il donna d'abord un lavement purgatif qui fit rendre beaucoup de matières fécales très-dures : les douleurs diminuèrent, mais ne cessèrent pas. Le lendemain une once de sirop de nerprun, avec addition de quatre grains de gomme gutte, procura l'évacuation d'une énorme quantité de matières fécales. Les douleurs disparurent, et vingt-quatre heures après, la malade, sauf un peu de faiblesse, était rendue à son état de santé habituel.

LXXXVIe OBSERVATION.

Pleurodynie au début ; plus tard, diarrhée ; apyrexie. Vomitif donné pendant l'existence de la diarrhée : le surlendemain, complet rétablissement.

Un maçon, âgé de 20 ans, à Paris depuis un an, ressent, depuis quinze jours, une douleur sous la mamelle gauche. Elle augmente par la percussion et par les fortes inspirations. Il ne tousse pas et respire librement.

Depuis dix à douze jours il a du dévoiement ; sa langue est couverte d'un enduit jaunâtre épais ; il n'a pas de fièvre ; il vomit un ver le soir même de son entrée à l'hôpital. Le lendemain, 8 mai, il prit douze grains d'ipécacuanha avec un grain d'émétique. Il vomit une fois une grande quantité de bile jaune et de mucosités épaisses ; il n'alla que quatre fois à la selle.

Le 9, la douleur du côté avait entièrement disparu ; la langue était nettoyée. (*Tisane d'orge.*)

Le 10, la diarrhée n'existait plus, et le malade, parfaitement rétabli, quitta l'hôpital le 12.

Une nouvelle circonstance nous est offerte dans cette observation : c'est l'administration d'un vomitif, à une époque où il y a de la diarrhée, et la cessation de celle-ci après le vomissement.

Du reste, cette légère maladie présente plusieurs traits d'analogie avec l'affection décrite par Stoll sous le nom de pleurésie bilieuse : perte d'appétit, amertume de la bouche, vomissements spontanés, enduit épais de la langue, dévoiement, et en même temps douleur fixe en un point des parois thorachiques : enfin, disparition rapide du point de côté et des autres symptômes à la suite de l'administration d'un vomitif.

LXXXVIIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris ; travail fatigant. Diarrhée ; apyrexie. Vomitif : guérison.

Un cordonnier, âgé de 25 ans, n'habitant Paris que depuis trois mois, fut pris de courbature, après avoir passé plusieurs nuits de suite à travailler. Bientôt un dévoiement assez considérable survint. (Dix à douze selles en vingt-quatre heures sans colique ni ténesme.) Au bout de cinq jours il entra à la Charité. Alors sa langue était couverte d'un enduit jaunâtre épais, sa bouche amère, sa face jaune et abattue. Dix grains d'ipécacuanha furent donnés. Il vomit un peu de bile, et alla neuf fois à la selle dans la journée. La nuit, il dormit bien. Le lendemain, 12 novembre, l'amertume de la bouche avait disparu ; la langue était nettoyée ; le mal de tête n'existait plus ; le ventre était indolent ; le pouls ne s'était pas accéléré ; trois déjections alvines seulement eurent lieu dans les vingt-quatre heures suivantes, puis le dévoiement cessa tout à fait.

LXXXVIIIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Diarrhée, apyrexie. Vomitif : guérison.

Un tailleur, âgé de 19 ans, d'une constitution faible, à Paris depuis trois mois, pre sentait, depuis un temps à peu près égal, les mêmes symptômes que le malade précédent. L'ipécacuanha, donné à la dose de dix grains, agit comme chez celui-ci. Le dévoiement fut aussi intense le jour même de son administration, il diminua considérablement le jour suivant, et le troisième il avait complétement disparu.

LXXXIXe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Diarrhée abondante. Apyrexie. Vomitif : guérison.

Les mêmes symptômes nous furent encore offerts par un calicotier, âgé de 22 ans, à Paris depuis six semaines. Il allait quinze à seize fois à la selle en vingt-quatre heures

depuis douze jours. Ayant pris dix grains d'ipécacuanha, vomit beaucoup plus abondamment que les malades précédents, et il n'eut que deux évacuations alvines dans la journée. Chez lui, le dévoiement fut donc suspendu dès le jour même de l'administration du vomitif. Le lendemain, 9 novembre, tous les symptômes d'embarras gastrique avaient disparu ; mais le dévoiement menaça de se renouveler ; cinq déjections alvines eurent lieu. Le 10, il n'y eut que trois selles. Le 11, la diarrhée avait tout à fait cessé ; le malade était très-bien.

Les trois individus qui font le sujet des observations LXXV, LXXVI et LXXVII, étaient placés dans des conditions aussi semblables que possible, lorsqu'un vomitif leur fut donné. Chez tous il fut suivi d'un effet analogue.

Suivons maintenant les effets de l'administration des vomitifs dans les cas où la diarrhée est accompagnée de fièvre.

XCe OBSERVATION.

Diarrhée pendant tout le cours de la maladie. Fièvre, vomitif : selles abondantes le jour de son admission ; les jours suivants, guérison.

Un tailleur, âgé de 19 ans, habitant Paris depuis quinze mois, se portant habituellement bien, fut pris, le 10 mars 1822, d'une légère diarrhée qui persista les jours suivants. A dater du 14, il perdit son appétit et ses forces. Entré à la Charité le 18 mars, il vomit dans la soirée un bouillon. Dans la matinée du 19, il avait de la céphalalgie, la bouche était amère, la langue blanche, rouge à la pointe ; il ressentait de la douleur à l'épigastre et autour de l'ombilic : huit à dix selles liquides jaunâtres avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures ; la fièvre était assez forte, une sueur abondante couvrait la face. Deux grains d'émétique furent prescrits dans une pinte d'eau de veau. Le malade vomit abondamment et alla à la selle.

Dans les vingt-quatre heures suivantes aucune évacuation alvine n'eut lieu. La fièvre persista toute la journée du 20 ; le soir, une sueur abondante s'établit ; la nuit, le malade dormit bien. Dans la matinée du 21, la fièvre n'existait plus ; le malade avait appétit et se trouvait très-bien.

La maladie de cet individu est plus grave que celle dont il est question dans les observations précédentes. La langue est rouge à la pointe ; il y a de la fièvre : l'émétique n'en est pas moins administré. Le lendemain du jour où il est donné, il y a suppression de la diarrhée, mais persistance de la fièvre ; le surlendemain celle-ci a cessé, et l'individu est rendu à la santé.

XCIe OBSERVATION.

Excès de table. Diarrhée avec coliques, fièvre; boissons émollientes; pas d'amendement. Vomitif : cessation de la diarrhée et de la fièvre.

Un cordonnier, âgé de 23 ans, récemment traité à l'Hôtel-Dieu d'une pleuro-pneumonie droite, alla aux guinguettes célébrer sa convalescence. Des douleurs abdominales, une diarrhée abondante, furent la suite des excès de table auxquels il se livra. Il allait douze à quinze fois à la selle en vingt-quatre heures. Entré à la Charité le 27 octobre, le septième jour de sa diarrhée, il paraissait accablé ; sa langue était blanche, sa bouche mauvaise ; il avait beaucoup de fièvre : on ne lui donna d'autre médicament que la tisane d'orge gommée. Les deux jours suivants, son état resta le même. Le 30, le dévoiement augmenta beaucoup (trente selles en vingt-quatre heures) le pouls était très-fréquent, la langue était humide et blanchâtre. (*Orge gommée*, *potion gommeuse*, *lavement de guimauve*.) Le 31, les symptômes ne s'étaient point amendés ; une émission sanguine paraissait ici indiquée. Cependant M. Lerminier voulut expérimenter quel effet serait produit par un vomitif. Six grains d'ipécacuanha furent prescrits. Le malade vomit abondamment, et *n'alla pas à la selle dans les vingt-quatre heures suivantes*, tandis que la veille encore il y avait été plus de vingt-cinq fois. Le 1er novembre, il était sans fièvre, la langue était blanche et le ventre indolent ; un peu de dévoiement reparut dans la journée.

Le 2 novembre, le malade demandait avec instance à manger. Les deux ou trois jours suivants il alla, en vingt-quatre heures, deux ou trois fois à la selle, puis la diarrhée s'arrêta entièrement, et le malade sortit le 8 novembre bien portant.

Cet individu diffère du précédent, en ce que chez lui la fièvre cessa dès le lendemain du jour où on le fit vomir; la diarrhée fut d'abord suspendue, puis elle reparut assez modérée et bientôt elle cessa tout-à-fait.

Peut-on expliquer une semblable guérison par une révolution sur l'estomac? Mais s'il en avait été ainsi, la maladie n'aurait-elle pas dû, au contraire, s'aggraver? La fièvre aurait-elle cessé? L'appétit se serait-il sur-le-champ rétabli?

XCIIe OBSERVATION.

Diarrhée fébrile. Vomitif : persistance de la diarrhée et de la fièvre. Retour lent à la santé.

Chez un autre individu, âgé de 21 ans, atteint de diarrhée et de fièvre depuis six jours, avec langue blanche, anorexie, etc., l'administration de six grains d'ipécacuanha produisit un abondant vomissement de bile, et eut en outre pour effet immédiat d'augmenter d'abord la diarrhée; mais dès le lendemain celle-ci était moins forte qu'avant le

vomitif; cependant elle persista d'une manière modérée, ainsi que la fièvre pendant huit à dix jours. Une diète sévère et des boissons délayantes furent prescrites. Le malade revint lentement à la santé.

Chez ce malade le vomitif fut loin d'être suivi d'effets aussi avantageux que chez les précédents. C'est en pareil cas qu'on peut admettre que les modifications survenues à la suite de l'administration du vomitif ont été le résultat du déplacement de l'irritation portée de l'intestin sur l'estomac.

XCIIIe OBSERVATION.

Diarrhée; fièvre. Vomitif : le jour même, augmentation du nombre des selles; le lendemain, cessation de la diarrhée et de la fièvre; sueurs abondantes; guérison.

Un Belge âgé de 22 ans, éprouvait depuis quelque temps un malaise général, des maux de tête, une sorte d'engourdissement physique et moral. Il avait un dégoût complet pour toute espèce d'aliments, un léger dévoiement (trois ou quatre selles liquides en vingt-quatre heures). Lorsqu'il entra à la Charité il avait de la fièvre; sa langue était sale. Il prit deux grains d'émétique : il vomit beaucoup, et eut d'abondantes évacuations alvines (douze selles). Le lendemain il se sentait bien; la langue n'était plus saburrale, le dévoiement n'existait plus; le pouls était lent. Les deux nuits suivantes il sua très-abondamment.

Cette observation, semblable aux précédentes sous beaucoup de rapports, nous présente cependant une circonstance à remarquer; c'est l'apparition des sueurs abondantes pendant les deux jours qui suivirent la cessation de tous les symptômes.

XCIVe OBSERVATION.

Fièvre; constipation. Vomitif : guérison.

Un Prussien, âgé de 26 ans, à Paris depuis six semaines, avait depuis plusieurs jours de la fièvre avec constipation opiniâtre. Il offrait d'ailleurs les mêmes symptômes que les malades précédents : céphalalgie, teinte jaune de la face, bouche amère, langue blanche, etc. Trois grains d'émétique donnés dans une pinte d'eau de veau procurèrent d'abondantes évacuations par haut et par bas. Dès le lendemain le malade était très-bien.

Ce malade passa tout à coup d'un état fébrile assez grave à la santé. Les émissions sanguines ne produisent pas souvent un pareil effet ; mais aussi elles ne font pas tout le mal qui suit trop souvent l'administration intempestive de l'émétique.

XCVe OBSERVATION.

Au début, céphalalgie longtemps prolongée sans autre symptôme, puis fièvre. Purgatif et vomitif ; guérison.

Un menuisier, âgé de 27 ans, ressentit, pendant les cinq semaines qui précédèrent son entrée à l'hôpital, de la céphalalgie, un malaise général ; son appétit diminua. Lorsqu'il entra à la Charité (22 septembre), il présenta l'état suivant : bouche mauvaise, langue dans un état naturel, toux légère, constipation, ventre indolent, fièvre. (*Petit-lait nitré, deux lavements émollients.*)

23, 24, 25. Même état, les lavements ne triomphaient pas de la constipation.

Le 26, le malade prit deux onces d'huile de ricin. Plusieurs selles eurent lieu. Le lendemain 27, l'*apyrexie était complète*, mais le mauvais goût de la bouche persistait. (*Huit grains d'ipécacuanha.*) Ils procurèrent d'abondants vomissements. Le 28, le malade était très-bien ; grand appétit, langue vermeille, etc.

La circonstance la plus remarquable de cette observation, c'est la cessation subite de la fièvre, à la suite de l'administration de l'huile de ricin. Les signes d'embarras gastrique survivent à la fièvre, et disparaissent sur-le-champ après l'administration du vomitif.

XCVIe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre bilieuse. Inutilité des simples délayants. Éméto-cathartique : prompt rétablissement.

Un scieur de long, âgé de 23 ans, à Paris depuis cinq mois, ressentit, sans cause connue, le 13 août, de la céphalalgie, des nausées et des coliques. Ces symptômes persistèrent les jours suivants. Il était continuellement assoupi. Bientôt le dévoiement s'établit. Il prit, pour le faire passer, une bouteille de vin avec trois œufs durs ; le cours de ventre s'arrêta en effet pendant vingt-quatre heures, mais il revint ensuite. Lorsque le malade entra à la Charité, le 21 août, il accusait une forte céphalalgie frontale, des étourdissements, une fatigue générale ; la langue était blanchâtre, la bouche mauvaise ; des nausées fréquentes avaient lieu ; une sensation de pesanteur existait à l'épigastre ; l'introduction des boissons l'augmentait et provoquait des nausées. Deux ou trois selles aqueuses et jaunes avaient lieu en vingt-quatre heures. Le pouls était fréquent, développé ; la peau moite. (*Limonade végétale, lavements de lin, fomentations émollientes sur l'épigastre, diète.*) Les quatre jours suivants, la bouche

devint de plus en plus mauvaise; la langue était très-chargée; les autres symptômes persistaient. La même prescription avait été faite chaque jour.

Le 26, le malade prit une chopine de petit-lait avec addition de deux grains d'émétique et d'une demi-once de sulfate de soude. Il vomit, et alla plusieurs fois à la selle. Le lendemain, le mauvais goût de la bouche n'existait plus, la langue n'était plus recouverte que d'un léger enduit blanchâtre; le pouls n'était plus que médiocrement fréquent. (*Petit-lait avec pulpe de tamarin.*) 28 et 29, deux ou trois selles en vingt-quatre heures. Cessation complète de la fièvre. 30, bon appétit; rétablissement parfait. Sorti le 2 septembre.

Les signes d'une affection gastrique étaient très-prononcés chez cet individu. La diète et les simples émollients furent impuissants pour faire disparaître d'une part l'état fébrile, d'autre part le mauvais goût de la bouche, les nausées, la pesanteur épigastrique, l'enduit de la langue, et enfin le dévoiement. Qui ne sera pas frappé du prompt changement en bien qui survint, dès que le malade eut pris un éméto-cathartique?

XCVIIe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre bilieuse; diarrhée. Vomitif: guérison.

Un limonadier, âgé de seize ans, à Paris depuis cinq mois, ressent depuis quelques jours une fatigue insolite. Il n'a plus d'appétit. Lors de son entrée, la bouche est pâteuse, la langue blanche: il a des nausées; quatre à cinq selles ont lieu en vingt-quatre heures; il y a un peu de fièvre. On lui donne le lendemain deux grains d'émétique. Les symptômes observés la veille n'existent plus vingt-quatre heures après l'administration du vomitif, et la santé est rétablie.

Dans ce cas, comme dans le précédent, la fièvre, les nausées, le mauvais goût de la bouche, le dévoiement, cèdent en vingt-quatre heures à l'administration de l'émétique.

XCVIIIe OBSERVATION.

Fièvre rémittente cessant à la suite d'un vomitif.

Un imprimeur en papiers peints, âgé de 36 ans, ayant eu jadis des fièvres quartes, ressentit, le 26 avril, à deux heures de l'après-midi, un frisson qui dura plusieurs heures. Les jours suivants, malaise général; chaleur et sueur tous les soirs sans frisson initial. En même temps perte d'appétit, bouche mauvaise, selles ordinaires. Lors de son entrée à l'hôpital, le pouls était un peu fréquent, la langue couverte d'un enduit

jaunâtre épais. (*Quinze grains d'ipécacuanha; tisane d'orge.*) Le malade vomit et alla deux fois à la selle. Le soir, aucun redoublement n'eut lieu. Le lendemain, 2 mai, absence complète de fièvre ; bouche mauvaise ; même état de la langue. Très-bien les jours suivants.

La secousse produite ici par le vomitif eut une influence plus marquée sur le mouvement fébrile que sur les symptômes gastriques.

XCIX[e] OBSERVATION.

Diarrhée au début ; douleur abdominale ; fièvre. Vomitif : guérison.

Un porteur d'eau, âgé de 27 ans, à Paris depuis trois mois, a perdu son appétit et ses forces depuis plusieurs jours. Depuis huit jours environ il a un peu de diarrhée. Depuis quatre jours il garde la chambre. Lors de son entrée il se plaint d'étourdissements. Bouche mauvaise, nausées ; langue blanchâtre ; douleur autour de l'ombilic et à la région cœcale ; pesanteur incommode à l'épigastre. La diarrhée n'existe plus depuis deux jours. (*Trois grains d'émétique dans de l'eau de veau.*) Deux vomissements et une seule évacuation alvine eurent lieu. Le lendemain, les divers symptômes observés la veille avaient en grande partie disparu. Le pouls conservait cependant un peu de fréquence. Les jours suivants convalescence.

La douleur abdominale n'empêcha point l'émétique d'être suivi ici des mêmes effets que chez les précédents malades. Cependant la cessation du mouvement fébrile ne fut pas dans ce cas aussi nette.

C[e] OBSERVATION.

Symptômes de fièvre bilieuse intense ; tendance de la langue à se sécher ; absence de diarrhée. Saignée : amélioration. Cependant persistance de la fièvre et des symptômes bilieux. Vomitif et purgatif ; retour à la santé.

Un commissionnaire, âgé de 30 ans, Savoyard, à Paris depuis deux ans, peau brune, muscles développés, ressent, depuis douze jours, un malaise général, des frissons vagues ; il a perdu l'appétit, la fréquence des selles n'a point été augmentée. Il a gardé le repos et la diète. Lors de son entrée à la Charité, le 10 avril, forte céphalalgie, face rouge avec teinte jaune du pourtour des lèvres et des ailes du nez ; conjonctive un peu jaune ; langue blanchâtre, parsemée de points rouges, tendant à se sécher ; bouche très-amère ; nausées, douleurs épigastriques, selles ordinaires ; pouls fréquent, peau chaude et sèche. Il y avait chez cet individu un ensemble de symptômes inflammatoires que n'offraient point les malades précédents. M. Lerminier commença en conséquence par prescrire une saignée de quatre palettes. Elle présenta une couenne légère.

Le 11, mieux sensible, langue humide, pouls moins fréquent. (*Tisane d'orge édulcorée.*) — Le douze, le malade se plaignait d'une grande pesanteur de tête et d'une amertume insupportable dans la bouche. Le pouls était plus fréquent que la veille : une selle avait eu lieu. (*Tisane d'orge.*)—13, même état, 14, langue couverte d'un enduit jaunâtre. (*Six grains d'ipécacuanha.*) Le malade vomit une grande quantité de matière jaune amère ; il alla trois fois à la selle ; il sua la nuit.

Le lendemain 15, le pouls avait perdu sa fréquence, la bouche était moins amère, la céphalalgie avait disparu ; la langue restait chargée; deux grains d'émétique furent prescrits. Le malade ne vomit pas, mais il eut deux selles abondantes ; il sua la nuit. Le 16, la langue avait repris un aspect naturel ; le mauvais goût de la bouche avait cessé. Le 17, la santé était entièrement rétablie.

Chez ce malade, une émission sanguine précéda l'administration des évacuants ; elle exerça une heureuse influence sur les symptômes : après avoir perdu du sang, le malade fut certainement mieux, mais il ne fut pas guéri : le pouls n'avait pas perdu sa fréquence ; la céphalalgie et le mauvais goût de la bouche persistaient. Ce fut alors que des substances vomitives furent administrées ; l'ipécacuanha, donné à petite dose, produisit d'abondants vomissements ; le tartre stibié, donné après lui, ne fit que purger, et ce fut après cette évacuation par bas que cessèrent définitivement tous les phénomènes morbides.

CIe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre bilieuse. Émission sanguine et vomitif le même jour. Le lendemain, pas de changement. Les jours suivants, médecine expectante : guérison.

Un ébéniste, âgé de 22 ans, à Paris depuis trois mois, était mal à son aise depuis le 20 avril. Il avait peu d'appétit depuis le 16. Le 20, grande lassitude, bouche mauvaise, légères coliques, deux ou trois selles liquides chaque jour jusqu'au 27, époque de l'entrée à la Charité.

État du 27 : vive coloration des pommettes avec teinte jaune du pourtour du nez et des lèvres ; langue rouge au milieu, sale sur les côtés ; bouche mauvaise ; dégoût pour les aliments ; soif ; ventre indolent ; trois selles depuis vingt-quatre heures ; toux légère ; urine très-rouge, abondante ; pouls un peu fréquent, peau chaude. (*Vingt sangsues à l'anus immédiatement après la visite, et à midi dix grains d'ipécacuanha avec un grain d'émétique.*) Le malade vomit et alla à la selle. Le 28, il se disait mieux. Cependant la fièvre persistait, la langue avait le même aspect. Les jours suivants *tisane d'orge édulcorée ;* prompt rétablissement.

Chez ce malade, l'amélioration ne suivit pas aussi franchement l'administration du vomitif que chez le précédent.

CIIe OBSERVATION.

Diarrhée ; fièvre , etc. Émission sanguine et vomitif le même jour. Guérison prompte.

Un tonnelier, âgé de 22 ans, à Paris depuis deux mois, ressentit, sept jours avant son admission à la Charité (le 11 avril) un malaise général. Il eut en même temps du frisson. Le 12, il s'alita. Les jours suivants diarrhée, fièvre.

État actuel (18 avril) : langue chargée , ventre un peu bouffe , indolent; dix selles en vingt-quatre heures ; pouls plein, fréquent ; peau chaude , toux avec expectoration catarrhale. (*Application de trente sangsues à l'anus à huit heures du matin, dix grains d'ipécacuanha à midi.*) Le malade vomit une fois et alla douze à quinze fois à la selle. — Dans la journée du vingt la fièvre avait cessé ; il n'y eut que trois évacuations alvines. — Bien les jours suivants.

CIIIe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre inflammatoire ; langue d'un rouge vif, soif ; constipation. Léger vomitif : amélioration. Les jours suivants, médecine expectante : guérison.

Un jeune homme de 18 ans avait perdu l'appétit depuis une douzaine de jours ; il avait éprouvé, pendant ce temps, une céphalalgie fatigante et une constipation opiniâtre. Lors de son entrée à l'hôpital, il avait des étourdissements ; sa face était animée, sa langue humide et d'un rouge vif ; la soif était ardente, la fièvre intense. On lui donna la tisane d'orge oxymélée. Le lendemain 26 octobre , même état ; aucune selle n'avait eu lieu. Six grains d'ipécacuanha furent prescrits. Le malade vomit peu ; il eut plusieurs selles avec de légères coliques. La nuit il dormit. Le 27, il se félicitait de son état. Cependant il existait encore un léger mouvement fébrile ; la langue conservait sa rougeur. (*Lavement de guimauve, tisane d'orge gommée.*) Le 28, la fièvre avait cessé complétement, le malade était bien.

Ce malade présenta des symptômes bien différents de ceux qui furent offerts par les malades dont les observations précèdent. Cependant le même mode de traitement fut suivi ; mais il s'en faut qu'on puisse affirmer, en lisant attentivement les détails de l'observation, que les six grains d'ipécacuanha que prit le malade aient contribué à sa guérison.

CIVe OBSERVATION.

Veilles prolongées. Vomissements ; diarrhée ; langue rouge ; fièvre. Sueurs à la suite d'un vomitif : guérison.

Un garçon marchand de vin éprouva les symptômes d'une forte courbature, après avoir veillé plusieurs nuits de suite. Bientôt il fut pris de vomissements, d'une abon-

dante diarrhée et de fièvre. Lors de son entrée à la Charité, les vomissements avaient cessé; la fièvre était modérée, mais la langue était très-rouge et lisse à son milieu, blanche latéralement. La soif était vive, la bouche amère, le ventre indolent. Dix grains d'ipécacuanha furent donnés. Le malade eut des sueurs abondantes pendant la nuit. Il se rétablit promptement.

Dans cette observation, non plus que dans la précédente, la cessation des symptômes ne suit pas d'une manière nette et tranchée le vomissement provoqué par l'ipécacuanha, et ici encore il n'est nullement certain que le malade ait guéri sous son influence. N'oublions pas d'ailleurs que des sueurs se manifestèrent à la suite de l'administration du vomitif.

CVe OBSERVATION.

Fièvre; langue rouge; constipation. Émétique: selles abondantes; pas de vomissement. Persistance des symptômes. Retour lent à la santé.

Un jeune homme de 19 ans, récemment arrivé à Paris, avait depuis plusieurs jours une fièvre continue avec céphalalgie, bouche mauvaise, soif, langue rouge; il était constipé. Il prit deux grains d'émétique, qui ne le firent pas vomir, mais qui, portant leur action sur le tube digestif, donnèrent lieu à huit ou neuf évacuations dans les vingt-quatre heures. Les jours suivants, l'état du malade resta à peu près le même qu'avant l'administration de l'émétique. Seulement, il était habituellement en moiteur depuis qu'il l'avait pris. Maintenu à la diète et à l'usage de la tisane d'orge, il revint lentement à la santé.

L'émétique agit dans ces cas comme un purgatif, et ne parut avoir aucune influence sensible sur la marche de la maladie. Il sembla, de plus, avoir produit un effet diaphorétique. Mais les sueurs ne furent que très-légères; plus abondantes, auraient-elles été critiques?

CVIe OBSERVATION.

Fièvre; langue rouge; douleurs abdominales; constipation. Administration du tartre stibié. Amendement passager, puis exaspération des symptômes, qui cèdent à une application de sangsues.

Un tourneur en bois, âgé de 16 ans, à Paris depuis cinq mois, ressent des douleurs abdominales depuis le 15 mars. Le 20, il a cessé de travailler. Entré le 28, il accuse une douleur abdominale générale que la pression augmente. Constipation, bouche

mauvaise, langue blanche à son centre, d'un rouge vif sur ses bords et à sa pointe, pouls fréquent, peau chaude. (*Deux grains d'émétique dans une pinte d'eau de veau, tisane d'orge.*) Le malade vomit et alla six fois à la selle. A cinq heures du soir il survint un fort redoublement de fièvre, pendant lequel les douleurs abdominales augmentèrent. Le 29, le pouls était à peine fréquent ; la langue présentait le même aspect. (*Tisane d'orge.*)

Le 30, fièvre ardente; langue rouge, tendant à se sécher. Vive douleur autour de l'ombilic, selles ordinaires, toux fréquente et pénible. (*Dix sangsues de chaque côté de la poitrine.*)

1er avril, apyrexie complète, toux presque nulle, disparition de la douleur abdominale ; les jours suivants, rétablissement complet.

On ne saurait trop appeler l'attention sur cet état meilleur en apparence dans lequel nous trouvâmes le malade le lendemain du jour où il prit l'émétique. Si alors on eût cessé de l'observer, on eût regardé comme démontré que, dans ce cas, malgré la rougeur de la langue, l'administration du tartre stibié avait été utile. Mais ce mieux ne fut que passager, et le surlendemain l'exaspération de la fièvre, le commencement de sécheresse de la langue indiquaient assez combien on aurait eu tort de se fier à l'amélioration de la veille. On trouvera dans ce volume d'autres cas où, comme dans celui-ci, ce ne fut que le surlendemain du jour de l'administration d'un vomitif que ses mauvais effets se firent ressentir, comme si, introduit dans le tube digestif, le tartre stibié déterminait chez certaines personnes une irritation sourde, qui ne se traduit par des symptômes qu'au bout d'un certain temps. A ce propos, nous rappellerons que parmi les individus auxquels on donnait le tartre stibié suivant la méthode rasorienne, nous en avons vu quelques-uns qui après avoir supporté impunément pendant plusieurs jours l'introduction dans l'estomac de vingt à trente grains d'émétique chaque vingt-quatre heures, commençaient à présenter des signes d'irritation gastro-intestinale précisément à l'époque où l'on suspendait l'emploi de ce médicament, ou même quelque temps après qu'on avait cessé de l'employer.

CVIIe OBSERVATION.

Fièvre rémittente ; diarrhée ; langue rouge. Émétique : exaspération des symptômes, qui s'amendent après une application de sangsues.

Un garçon marchand de vin, âgé de 22 ans, ayant tous les traits du tempérament bilieux, avait une fièvre rémittente depuis quinze jours, et du dévoiement depuis huit.

Le jour de son entrée, 20 novembre, la rougeur de ses joues contrastait avec la teinte jaune du pourtour des lèvres, des orbites et des ailes du nez. Les yeux s'ouvraient avec peine. Le malade se plaignait d'avoir la bouche très-mauvaise et de fréquentes nausées. Il avait peu de soif, la langue était un peu sèche, rouge à sa pointe et sur ses bords, blanche à son milieu; le ventre était indolent; douze selles avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures, sans colique ni ténesme. Le pouls, assez développé, battait quatre-vingt-cinq fois par minute. La chaleur de la peau était halitueuse ; l'urine, d'une couleur jaune foncé, était assez abondante. On prescrivit deux grains d'émétique dans une pinte d'eau de veau, la tisane d'orge gommée dans la journée.

Le malade vomit beaucoup de bile jaune et alla beaucoup à la selle. La nuit, il dormit bien. Dans la matinée du 22, la langue était plus rouge, le ventre un peu sensible à la pression; la fièvre persistait. Cependant le malade disait se trouver bien mieux, ses mouvements étaient plus libres; l'aspect de la face plus naturel. (*Tisane d'orge gommée, julep le soir, diète*). Il n'y eut que trois selles. Le 23, tous les symptômes s'étaient exaspérés : la langue très-rouge et sèche, soif vive, fièvre intense, une à deux selles liquides. (Vingt sangsues furent appliquées à l'anus). Dans la journée, le malade n'eut qu'une selle. La nuit, des sueurs abondantes eurent lieu. Dans la matinée du 24, il y avait une amélioration sensible, la langue s'était humectée, le pouls était moins fréquent. Les jours suivants, le mieux alla en augmentant ; le malade sua beaucoup chaque nuit jusqu'au 28. Le 29, apyrexie complète, appétit excellent, retour des forces ; en un mot, tous les signes d'une convalescence parfaite.

Chez ce malade, l'exaspération des symptômes ne suivit pas immédiatement l'administration du vomitif. Le lendemain même il se sentait mieux, ce ne fut que le surlendemain que son état s'aggrava notablement, sans que la diarrhée reparût. Ce cas est assez commun ; aussi ne faut-il pas toujours se fixer au bien-être que disent éprouver un certain nombre de malades le jour même ou le lendemain de l'administration d'un vomitif.

Cette observation vient encore pleinement confirmer les réflexions qui nous ont été suggérées par l'observation CVI.

CVIIIe OBSERVATION.

Suppression d'une sueur. Fièvre rémittente bénigne au début; plus tard, langue sèche, diarrhée, prostration; éruption miliaire. Médecine expectante d'abord ; purgatifs ensuite; amers vers la fin.

Un maçon, âgé de 53 ans, fut inondé d'eau froide, pendant qu'il était en sueur, dans la soirée du 29 juillet. Il dormit bien et n'éprouva rien d'insolite le lendemain jusqu'à trois heures de l'après-midi. Alors il fut pris d'un violent frisson, qui fut suivi de chaleur et d'une sueur abondante pendant la nuit. Du 30 juillet au 6 août, il eut tous les jours un accès semblable ; dans la matinée il se portait très-bien, il continuait à manger et à travailler jusqu'à l'heure du frisson. Dans la matinée du 7, il éprouva du malaise; le frison, survenu à l'heure accoutumée, fut suivi de chaleur et non de sueur. Le 8,

le malade éprouva toute la journée une chaleur brûlante et garda le lit. Le 9, même état : il entra à la Charité.

A la visite du 10, nous observâmes l'état suivant : expression de la face assez naturelle, langue rouge et sèche, soif, anorexie, constipation, ventre indolent, pouls fréquent et dur, peau chaude et sèche, respiration un peu accélérée, cinq ou six taches rouges, lenticulaires, saillantes au toucher, occupent l'épigastre et la partie inférieure du sternum. (*Tisane d'orge oxymellée, lavement émollient.*) Dans la journée, l'état du malade ne subit aucun changement.

11. La langue, rouge et sèche, tendait à s'encroûter ; pas de selle ; pouls dur, de fréquence médiocre ; légère moiteur ; même caractère de la respiration, taches plus nombreuses. (*Même prescription.*)

12. Air de stupeur, météorisme, même état de la langue, pas de selles, disparition des taches. (*Petit-lait tamariné, deux bouillons.*)

13. Assoupissement, réponses nettes ; langue sèche, fendillée, présentant à son milieu une teinte de crème brûlée. Le tamarin n'avait pas vaincu la constipation. (*Addition d'une demi-once de sulfate de soude dans le petit-lait, bouillon aux herbes, tisane d'orge oxymellée, lavement émollient, deux bouillons.*) Une selle eut lieu jusqu'au lendemain matin ; le malade resta assoupi toute la journée.

14. La tendance au coma persistait. Même état de la langue. La respiration était toujours un peu accélérée. Du râle crépitant s'entendait dans différents points de la poitrine. (*Vésicatoire sur le sternum.*)

Du 15 au 20, l'état du malade ne subit aucun changement sensible. Ses idées se troublaient de temps en temps ; il conservait assez de force pour se mettre facilement sur son séant. Le 20, une légère diarrhée s'établit (trois selles). Ce même jour, quelques *sudamina* apparurent sur l'abdomen ; en même temps une autre éruption se manifesta. La partie inférieure du sternum, le flanc gauche et le même côté du thorax se couvrirent d'une foule de petites plaques rouges, confluentes, surmontées la plupart de vésicules miliaires, transparentes.

Le lendemain, la double éruption persistait ainsi que la diarrhée. La langue s'était humectée, le pouls était moins fréquent.

Du 21 au 24, les *sudamina* et les pustules miliaires se flétrirent. La langue était rendue à son état naturel, cependant l'air de stupeur ne cessait point ; le malade restait plongé dans une sorte d'engourdissement physique et moral. Le râle crépitant, qui s'entendait en arrière des deux côtés de la poitrine, paraissait annoncer un œdème des poumons. Le pouls conservait de la fréquence, et la peau de la chaleur. La diarrhée avait cessé ; jusqu'alors le malade n'avait pris que des tisanes adoucissantes. M. Lerminier prescrivit l'hydromel composé et une forte décoction de racine de polygala.

Les jours suivants, sous l'influence de cette nouvelle médication, une amélioration très-rapide eut lieu ; le râle crépitant cessa, les forces se relevèrent, la face reprit son expression naturelle, et le malade ne tarda pas à quitter l'hôpital dans un état de santé parfait.

Cette maladie débuta par une fièvre intermittente quotidienne, qu'une cause évidente (l'impression d'un froid humide sur la peau) sembla produire. Au bout du huitième accès, cette fièvre intermittente se transforma en fièvre continue, avec langue rouge et sèche, et éruption pétéchiale. Quatorze jours seulement après l'invasion de la fièvre continue,

de la diarrhée s'établit, en même temps qu'apparurent des *sudamina* et une éruption miliaire. C'est à dater de la manifestation simultanée de ces trois phénomènes qu'un amendement sensible eut lieu.

Plusieurs fois le malade prit des laxatifs, pendant que la langue était sèche et qu'il était plongé dans la stupeur. Ainsi se conduisent en pareil cas les médecins anglais. Un seul vésicatoire fut appliqué sur le sternum, un jour où il y avait un embarras notable de la respiration. D'ailleurs aucune saignée ne fut pratiquée. Mais lorsque déjà la maladie était devenue beaucoup moins grave, et que ce qui semblait surtout prédominer, c'était un état de langueur de toute l'économie, joint à un engouement des poumons, une médication tonique fut administrée. Nous avons vu avec quelle rapidité le râle crépitant disparut, dès que le polygala fut donné. N'est-ce point en relevant les forces générales que l'on obtint la résolution de l'engorgement séreux des poumons? Si l'on n'eût vu dans ces derniers phénomènes qu'un produit de *l'irritation* pulmonaire, on se serait bien gardé d'un pareil traitement, on aurait pratiqué des saignées, appliqué des révulsifs : aurait-on obtenu une aussi heureuse terminaison?

ARTICLE III.

TRAITEMENT PAR LES ANTIPHLOGISTIQUES. (ÉMISSIONS SANGUINES ET RÉVULSIFS.)

CIXe OBSERVATION.

Fièvre ; diarrhée ; langue sèche ; deux applications de sangsues à l'anus. Une saignée.

Un boulanger, âgé de 18 ans, d'une forte constitution, avait soupé comme à son ordinaire, le 28 octobre. Trois heures après, il fut pris d'une forte céphalalgie sus-orbitaire : il se sentit étourdi, puis il eut un frisson violent, qui fut suivi de chaleur et de sueur. Le lendemain, 29, la fièvre était très-forte ; le malade alla dans la journée plus de trente fois à la selle. Le ventre était indolent. Cet état persista pendant les jours suivants. Entré à la Charité le 1er novembre, le malade était, le 2, dans l'état suivant :

Céphalalgie, face rouge, yeux brillants, faiblesse générale ; langue jaunâtre, un peu sèche ; soif. Dévoiement aussi abondant que dans l'origine ; déjections alvines aqueuses, non accompagnées de ténesme ; ventre indolent ; pouls développé, médiocrement fréquent ; chaleur de la peau peu intense. (*Trente sangsues à l'anus ; tisane d orge gommée ; diète absolue.*)

La diarrhée fut notablement diminuée ; le malade n'alla dans les vingt-quatre heures suivantes que quatre fois à la selle. La nuit, il ressentit une chaleur brûlante, il ne sua pas.

Dans la matinée du 3 novembre, la céphalalgie n'existait plus ; mais la langue était sèche, le pouls fort la peau chaude et aride, Ainsi, malgré la diminution notable de la

diarrhée, due sans doute à l'émission sanguine de l'anus, la fièvre avait augmenté. Une saignée de deux palettes fut pratiquée, la même tisane fut continuée, une diète sévère fut recommandée.

Le dévoiement reparut plus considérable que la veille (huit à neuf selles). Il y eut beaucoup d'agitation pendant la nuit.

Dans la matinée du 4, la fièvre persistait. La langue était humide et rouge, le ventre toujours indolent. Dix nouvelles sangsues furent appliquées à l'anus. Comme les premières, elles eurent sur le dévoiement une influence non douteuse : aucune selle n'eut lieu jusqu'au lendemain matin 5 novembre, neuvième jour de la maladie. La nuit avait été calme. La langue avait perdu sa rougeur; la peau était un peu chaude, et le pouls à peine fréquent. Le malade se trouvait infiniment mieux. Les jours suivants l'amélioration fut rapide, le dévoiement ne reparut pas, et cet homme sortit bien portant le 10 novembre.

Nous voyons dans cette observation les symptômes morbides s'aggraver d'abord, la fièvre devenir plus forte, la langue rougir, etc., malgré l'emploi très-actif du traitement antiphlogistique. Ainsi les saignées n'*enlèvent* pas la maladie, qui, pendant leur emploi, n'en continue pas moins sa marche et s'aggrave; il n'y a que le dévoiement qui s'amende, et, dans ce cas, la saignée dérivative de l'anus agit sur lui plus efficacement que l'ouverture de la veine. Il ne nous est pas démontré que l'amélioration générale qui suivit la seconde application de sangsues fût due à cette application.

CXe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Fréquent retour de diarrhée; puis fièvre; langue rouge, etc. Deux applications de sangsues à l'anus.

Un boulanger, âgé de 24 ans, assez fortement constitué, n'habitant Paris que depuis trois mois, a, depuis ce temps, de fréquents dévoiements. Le 28 octobre, il est pris, sans cause connue, d'une diarrhée abondante et de fièvre. Même état jusqu'au 2 novembre. Entré alors à la Charité, il accuse une forte céphalalgie sus-orbitaire, des tintements d'oreille, des douleurs de reins. La face a une teinte jaune. La bouche est mauvaise, la soif vive, la langue rouge, un peu sèche. Le ventre est douloureux autour de l'ombilic. Trois déjections alvines, limpides et jaunes, ont eu lieu depuis vingt-quatre heures. Le pouls est fréquent et plein, la peau chaude. On prescrit quinze sangsues à l'anus, la tisane d'orge et la diète.

Le 3 novembre, le malade était à peu près dans le même état. Il avait été deux fois à la selle. La langue était plus sèche.

Le 4 novembre, le dévoiement avait augmenté (cinq selles); la langue, toujours rouge, s'était humectée; la fièvre persistait. Dix nouvelles sangsues furent appliquées à l'anus, la tisane d'orge fut continuée.

Le lendemain (huitième jour), la fièvre n'existait plus. Le ventre était indolent. Une seule évacuation alvine avait eu lieu. La langue conservait sa rougeur. Le malade se trouvait très-bien; il avait appétit. Les jours suivants, il alla de mieux en mieux.

Il existait chez ce malade une ancienne irritation intestinale qui s'était exaspérée et était accompagnée de fièvre, lorsqu'il entra à l'hôpital. Les émissions sanguines eurent à peu près chez lui le même résultat que chez le malade de l'observation CIX. La veine ne fut point ouverte. Après la première application de sangsues aucun amendement n'eut lieu; après la seconde tout s'améliora; mais chez les malades dont l'histoire est consignée dans l'article 1er, n'avons-nous pas vu la même amélioration suivre l'emploi de la tisane d'orge et de la diète?

CXIe OBSERVATION.

Diarrhée abondante. Langue blanche; nausées; fièvre. Deux applications de sangsues à l'anus.

Un serrurier, âgé de 21 ans, à Paris depuis deux mois, avait, depuis quinze jours, un dévoiement abondant (dix à douze selles en vingt-quatre heures), des nausées fréquentes; une anorexie complète, lorsqu'il entra, le 10 novembre, à la Charité. Alors la face était rouge, la langue blanche; une fièvre assez forte existait. Trente sangsues appliquées à l'anus modérèrent le dévoiement d'une manière remarquable; le malade n'alla que trois fois à la selle.

Le lendemain matin, le pouls était encore fréquent. Quinze nouvelles sangsues furent prescrites. Le dévoiement cessa entièrement. Dans la matinée du 13, le malade n'avait plus de fièvre; il se trouvait très-bien; il demandait à manger. Il sortit le 17 novembre.

Il nous paraît intéressant de rapprocher cette observation, où tout s'amenda à la suite de deux saignées dérivatives de l'anus, d'autres observations précédemment citées, où existaient à peu près les mêmes symptômes, qui cédèrent, encore plus promptement que dans ce cas, à la diète et à l'eau d'orge.

CXIIe OBSERVATION.

Toux et diarrhée à la suite d'un refroidissement; fièvre. Sangsues à l'anus.

Un tailleur, âgé de 25 ans, à Paris depuis dix-huit mois, se portant habituellement bien, cheveux noirs, peau brune, quitta prématurément un gilet de laine qu'il avait porté pendant l'hiver. Saisi par le froid, il s'enrhuma et fut pris en même temps de dévoiement. Il garda le lit pendant trois jours, ne prenant que des tisanes, puis il entra à

la Charité le 30 mars. A cette époque, yeux brillants, bouche mauvaise, légère douleur abdominale, dévoiement modéré, fièvre peu intense. La bénignité des symptômes était telle, qu'un simple traitement délayant fut prescrit.

Du 1er au 3 avril, même état ; langue jaunâtre.

Le 3, augmentation de la diarrhée et de la fièvre, bouche pâteuse, langue blanche, ventre un peu douloureux à la pression. (*Douze sangsues à l'anus.*) Cette application de sangsues eut l'effet qu'on en attendait. Dès le lendemain, l'apyrexie était complète ; et au lieu de neuf à dix selles, le malade n'en avait eu que deux en vingt-quatre heures. Il alla de mieux en mieux les jours suivants.

CXIIIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Diarrhée ; fièvre. Une saignée ; sangsues à l'anus.

Un serrurier en bâtiments, âgé de 18 ans, d'une assez faible constitution, habitant Paris depuis trois mois, fut pris de la diarrhée le 1er septembre sans cause connue. Elle persista les jours suivants ; en même temps violente céphalalgie ; grand abattement physique et moral. Le 7 septembre, le malade présentait l'état suivant :

Face pâle ; céphalalgie frontale ; pouls fort, fréquent ; selles abondantes, aqueuses ; ventre indolent. (*Saignée de trois palettes, tisane d'orge gommée.*) Le sang se couvrit d'une couenne épaisse.

Le lendemain 8, la céphalalgie n'existait plus. Le malade avait goûté un sommeil tranquille pendant la nuit. La langue avait perdu sa rougeur ; elle était blanchâtre. Le dévoiement n'avait pas diminué (dix selles). Le pouls, peu fréquent était d'une dureté remarquable et irrégulier. De temps en temps deux ou trois battements se précipitaient ; d'autres fois il y avait un temps d'arrêt. Cet état du pouls ne semblait pas dépendre de la maladie actuelle ; il paraissait plutôt devoir être rapporté à une lésion du cœur ; cependant celle-ci n'était point apparente par l'auscultation. Le malade assurait n'avoir jamais senti d'oppression. (*Bourrache gommée, lavement émollient.*)

9 et 10. Persistance de l'irrégularité du pouls, fièvre ; aspect naturel de la langue ; dévoiement aussi abondant. (*Huit sangsues à l'anus*, le 10.)

Les jours suivants, la fièvre et la diarrhée diminuèrent peu à peu. (*Tisanes adoucissantes ; diète.*) Le malade ne reprit ses forces que lentement. Il quitta l'hôpital encore pâle et assez faible, le 26 septembre. A cette époque, le pouls conservait toujours son irrégularité.

Chez ce malade, les symptômes généraux diminuèrent d'intensité après la saiguée ; la rougeur de la langue disparut, mais la diarrhée ne diminua pas. L'application de sangsues à l'anus ne l'*enleva* pas non plus ; à la vérité cette application fut peu considérable. La fièvre se montra, s'accrut, diminua, et disparut avec la diarrhée.

CXIVe OBSERVATION.

Signes d'irritation simultanée des muqueuses pulmonaire et intestinale ; fièvre ; épistaxis répétées dans la convalescence. Une saignée ; une application de sangsues à l'anus. Soupçon de phthisie pulmonaire.

Un jardinier, âgé de 25 ans, ayant de l'embonpoint, des muscles assez développés, mais des chairs molles, était malade depuis huit jours, lorsqu'il entra à l'hôpital au commencement du mois d'avril. Il avait eu d'abord un violent frisson auquel avait succédé une chaleur brûlante qui n'avait pas cessé depuis. En même temps nausées, perte d'appétit. Lorsque nous le vîmes pour la première fois, il avait de la fièvre ; il accusait une douleur à la partie latérale inférieure droite du thorax. Sa respiration était libre; la poitrine, percutée et auscultée, ne présenta rien à noter. L'expectoration était purement catarrhale. La langue, recouverte à son milieu d'un enduit blanchâtre, était rouge à sa pointe. Aucune selle n'avait eu lieu depuis le début de la maladie.

La fièvre, chez cet individu, paraissait entretenue par la double irritation des muqueuses pulmonaire et intestinale. Il était douteux que la douleur thorachique dépendît d'une phlegmasie de la plèvre. Elle fut combattue toutefois par l'application de quinze sangsues sur le côté douloureux. On pratiqua en outre une saignée de deux palettes dans le but de détruire l'éréthisme général qui existait. Le redoublement du soir fut sensiblement moins marqué que les jours précédents. La saignée n'offrit pas de couenne. Une sueur abondante eut lieu toute la nuit pour la première fois.

Le lendemain 11, la douleur de côté avait disparu ; la fièvre persistait ; la toux était moindre. (*Tisane de violettes.*)

Le 12, le malade demandait des aliments. Jusqu'au 15 aucun changement n'eut lieu.

Le 15, la fièvre était plus forte que les jours précédents ; face rouge, grande céphalalgie ; épistaxis, langue rouge ; dévoiement pour la première fois (cinq selles) ; toux plus fréquente. Cette recrudescence des symptômes fut combattue par l'application de vingt-quatre sangsues à l'anus.

Dès le lendemain, fièvre plus modérée, diminution de la diarrhée (deux selles) ; épistaxis.

Les jours suivants, le malade eut chaque matin une épistaxis peu abondante. Le dévoiement s'arrêta, la langue fut humide et vermeille ; le malade mangeait avec plaisir de légers potages, mais la toux ne cessait pas, non plus que la fréquence du pouls. Il y avait chaque nuit d'abondantes sueurs : l'haleine était un peu courte ; l'expectoration était purement catarrhale ; la percussion et l'auscultation ne donnaient aucun nouveau renseignement.

Le malade resta dans cet état jusqu'au commencement du mois de mai ; il voulut alors sortir. Un vésicatoire avait été appliqué au bras.

Lorsque ce malade entra à la Charité, il ne paraissait différer des précédents qu'en ce que, chez lui, l'irritation des voies aériennes était beaucoup plus prononcée que celle des voies digestives. D'ailleurs, à cette époque, on aurait cru pouvoir affirmer qu'à l'aide de quelques émissions sanguines, de tisanes délayantes et de la diète, ce malade gué-

rirait promptement, comme les précédents. Sous l'influence de ces moyens on vit effectivement disparaître les signes d'irritation gastro-intestinale; mais il n'en fut pas de même des signes d'irritation bronchique, et, malgré l'absence de tout signe fourni soit par l'expectoration, soit par la percussion et l'auscultation, la persistance de la toux avec fréquence du pouls, sueurs nocturnes et oppression légère, portait à craindre que chez cet individu la fièvre continue, bénigne en apparence, qu'il avait présentée à l'époque de son entrée, ne marquât l'invasion d'une phthisie pulmonaire.

CXVe OBSERVATION.

Bronchite aiguë; pleurodynie; langue rouge; fièvre; sueurs critiques. Saignée; sangsues à la poitrine.

Un homme de 31 ans, taillandier, à Paris depuis quatre ans, peau brune, cheveux noirs, muscles peu développés, se portant habituellement bien, éprouve, le 16 octobre, une tension douloureuse de la joue droite; il continue à travailler; cette tension augmente le jour suivant; il croit avoir un peu de fièvre. Il a de la céphalalgie, du dégoût pour les aliments. Le 18, la fluxion disparaît, mais il ressent une assez vive douleur à la partie latérale inférieure droite de la poitrine aux lombes. Il s'alite le 20 octobre, et boit une tisane délayante. Entré à l'hôpital le 22, il est dans l'état suivant :

Céphalalgie sus-orbitaire; teinte jaune de la face; yeux appesantis; brisement des membres; douleur au niveau des trois dernières côtes, s'étendant de là au flanc droit et aux lombes, et augmentant par la pression et par la toux, mais non par les mouvements d'inspiration. Langue rouge; soif; bouche mauvaise, ventre indolent; constipation. Pouls fort, peu fréquent; chaleur douce de la peau; respiration libre; toux légère; crachats de catarrhe aigu; percussion sonore partout; râle sibilant des deux côtés au-dessous des clavicules (indice d'un simple catarrhe pulmonaire). (*Douze sangsues au côté droit de la poitrine; saignée de deux palettes; infusion de violettes.*)

Le 23, le sang tiré la veille est réuni en un caillot peu consistant, sans couenne. Le malade a assez bien dormi; la douleur de côté a disparu, ainsi que la céphalalgie; la langue a perdu sa rougeur; la soif est moindre; le ventre est le siége de fréquents borborygmes. Il n'y a pas eu de selle; la toux a cessé; le pouls est fort, toujours un peu fréquent; de légères sueurs ont apparu la nuit pour la première fois (nuit du septième au huitième jour). Le 24, le malade se trouve très-bien; il a encore un peu sué la nuit. Il est tout à fait sans fièvre; il a faim. (*Bourrache oxymellée; deux crêmes de riz; deux bouillons*). Le 25, sueurs copieuses la nuit : elles n'ont plus lieu les jours suivants. Le malade, qui se plaint de borborygmes incommodes et de constipation, prend, pendant deux jours, deux verres d'un apozème purgatif. Il quitte l'hôpital le 1er novembre.

La fièvre continue qui fait le sujet de l'observation précédente débuta par une fluxion de la joue droite, qui, au bout de trois jours, fut remplacée par une douleur des parois thorachiques et du flanc du côté droit.

Il y avait en même temps fièvre, céphalalgie, anorexie, toux, teinte jaune de la face. Stoll eût désigné cet ensemble de symptômes sous le nom de pleurésie bilieuse, et il aurait administré un vomitif; mais la douleur ne nous paraît avoir résidé que dans les parties extérieures de la poitrine, et la toux était le résultat d'un simple catarrhe pulmonaire.

Des sueurs survenues dans la nuit du septième au huitième jour, et persistant les jours suivants, parurent juger la maladie.

La double évacuation de sang, locale et générale, en hâta la résolution. La douleur de côté céda à l'application des sangsues.

Ce ne serait que par hypothèse qu'on pourrait, dans cette observation, donner à la fièvre un siége bien déterminé ou un point de départ bien manifeste. Or, dans la pratique, rien de plus commun que des cas pareils; rien de plus commun que d'observer ainsi, au milieu d'un état fébrile, passager ou permanent, une succession rapide de plusieurs affections locales, qui coïncident avec la fièvre, sans qu'il soit toujours possible de décider quel est leur rapport avec elle, et qui tous sont vraisemblablement unis par un lien qui nous échappe. C'est ce qu'on peut voir dans le cas suivant, qui sera rapproché avec avantage de l'observation qu'on vient de lire.

Un jeune homme se présenta à la consultation du Bureau central, portant encore sur divers points de la peau des traces de nombreux furoncles qu'il vient d'avoir successivement au cou, aux aisselles, au dos, au ventre, au périnée et aux cuisses. Avant cette éruption, il a eu à l'une des joues un gonflement sans rougeur de la peau, auquel il donne le nom de fluxion. Lorsqu'il se présente au Bureau central, cet individu est atteint d'une urticaire des mieux caractérisées, et il dit avoir déjà eu plusieurs fois une éruption semblable. Il entre à la Charité, l'urticaire disparaît, et en même temps un rhumatisme avec fièvre se manifeste aux trois grandes articulations du membre thorachique gauche. On oppose à ce rhumatisme le tartre stibié à haute dose et des saignées; au bout de cinq à six jours il cesse; mais le lendemain qu'il a cessé, un érésipèle survient à la face. Il parcourt ses périodes ordinaires, et, comme aucun accident ne le complique, on n'emploie aucune médication active; l'eau d'orge et la diète, voilà toute la prescription. Le malade paraissait convalescent, lorsqu'un matin il accuse un peu de douleur vers le milieu de l'omoplate gauche; on y sent un peu d'empâtement, sans qu'il y ait rougeur à la peau; le lendemain, dans ce même point

où, vingt-quatre heures auparavant, il n'y avait encore qu'un gonflement léger à peine appréciable, on trouve un abcès énorme qui, dans les vingt-quatre heures suivantes, acquiert encore un plus grand développement; d'ailleurs la peau n'est pas rouge, et la douleur est tellement modérée que le malade reste couché sur le dos. Ce malade passa alors dans les salles de chirurgie, et nous le perdîmes de vue.

CXVIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris; fatigues antécédentes. Fièvre rémittente tierce. Irritation bronchique et intestinale. Saignée.

Un domestique, âgé de 24 ans, à Paris depuis six mois, servait dans une maison où il se fatiguait chaque jour beaucoup. Pendant le mois de juin il sentit des maux de reins, de la céphalalgie, et il perdit l'appétit. Peu à peu le malaise augmenta, et il s'alita dans les derniers jours du mois. Entré à l'hôpital le 1er juillet, il présenta l'état suivant :

Céphalalgie frontale; affaissement des traits; langue animée; bouche mauvaise; soif; rapports; ventre douloureux aux environs de l'ombilic. Quatre à cinq selles en vingt-quatre heures depuis une huitaine de jours; pouls médiocrement fréquent; peau moite, toux assez intense depuis deux ou trois jours; crachats de catarrhe aigu. (*Saignée de trois palettes; tisane d'orge.*)

Le sang tiré de la veine se présenta sous la forme d'un large caillot sans couenne ni sérosité. — Le soir, violent frisson depuis neuf jusqu'à dix heures; sueur toute la nuit.

Le lendemain 2, langue à peu près naturelle; soif moindre; cinq selles; ventre à peu près indolent; toux plus rare, moins pénible. (*Tisane d'orge.*)

Jusque vers le 15 juillet, le malade eut tous les deux jours du frisson chaque soir entre huit et dix heures, et d'abondantes sueurs toute la nuit. Hors le temps de ces accès, le pouls restait fréquent et la peau chaude. Un dévoiement assez léger persistait. (Cinq à six selles, au plus, liquides, séreuses, peu abondantes, en vingt-quatre heures.) La langue avait un aspect assez naturel; le catarrhe pulmonaire n'augmenta ni ne diminua; les mêmes boissons furent continuées.

Après le 15 juillet les redoublements avec frisson disparurent; le pouls resta fréquent jusque vers le 25. A cette époque, la toux n'existait plus; mais le dévoiement n'avait pas diminué. Il fut combattu par l'eau de riz gommée et par une diète assez sévère. Il ne céda entièrement que le 6 août. Il n'y avait plus aucun vestige de fièvre depuis le 25 juillet.

L'individu qui fait le sujet de cette observation fut soumis, longtemps avant d'être malade, à l'influence d'une cause qui ne le disposa à la maladie dont il était atteint à l'époque de son entrée à la Charité, qu'après avoir primitivement agi sur l'innervation. Plusieurs organes s'irritèrent chez lui à la suite de fatigues excessives, comme chez d'autres une gastrite survient à la suite d'une émotion morale. Mais dès lors

n'est-il pas évident qu'on ne peut plus affirmer que l'irritation de ces organes soit toute la maladie, puisque cette irritation même n'en est pas le point de départ?

Du reste, ici encore le traitement offre des résultats semblables à ceux que nous avons notés dans plusieurs des observations précédentes. Une saignée de trois palettes n'eut d'autre effet que de diminuer la toux, la rougeur de la langue et la sensibilité abdominale. Mais cette saignée n'eut d'influence ni sur la diarrhée ni sur la fièvre, qui se montra dans ce cas avec un type rénittent bien tranché. Combattue ensuite par les simples délayants et la diète, la maladie eut une marche longue; les accès de fièvre furent le premier phénomène qui disparut; la fièvre, restée simplement continue, cessa à son tour; et enfin disparut aussi le flux intestinal.

CXVIIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Abondante diarrhée au début; fièvre; prostration, douleur épigastrique. Saignées; sangsues à l'épigastre.

Un maçon, âgé de 18 ans; tempérament lymphatique, à Paris depuis sept mois, fut pris, quatorze jours avant son entrée à la Charité, d'un très-grand dévoiement (plus de trente selles en vingt-quatre heures) qui persiste depuis ce temps. Lorsque le malade fut reçu à l'hôpital, il paraissait faible; ses traits étaient abattus, sa face pâle, ses yeux appesantis; le ventre était douloureux, le pouls fréquent et faible, la langue blanche à son centre, rouge sur ses bords.

Malgré cet état de faiblesse apparente, une saignée de quatre palettes fut pratiquée. (*Fomentations de guimauve sur l'abdomen, tisane d'orge gommée.*)

Le lendemain, 21 septembre, le dévoiement était notablement diminué (dix selles), les traits étaient relevés, la langue présentait un aspect à peu près naturel, le pouls était faible et fréquent, la peau sans chaleur.

Le 22, le malade accusait une vive douleur à l'épigastre. Douze sangsues furent appliquées sur cette région : elles enlevèrent la douleur.

A dater de ce jour le pouls perdit sa fréquence, mais le dévoiement persista. Le malade avait, dans chaque vingt-quatre heures, de huit à dix évacuations alvines. (*Décoction blanche, eau de riz gommée, acidulée avec de l'eau de Rabel. Lait de poule, bouillons pour toute nourriture.*) Lorsque ce régime avait été rigoureusement observé pendant quelques jours de suite, le nombre des selles était réduit à trois ou quatre, mais, dès que le malade essayait de manger un peu, la diarrhée reparaissait aussi abondante. Il sortit enfin guéri le 13 octobre.

Chez cet individu, un amendement notable suivit et l'ouverture de la veine et l'application des sangsues à l'épigastre. Cela est d'autant plus remarquable que cette double émission sanguine fut pratiquée chez un

malade qui paraissait profondément affaibli. Mais cet affaiblissement n'avait pas précédé la maladie ; il était le résultat de l'irritation intestinale et il devait diminuer avec elle. Telle est la distinction qu'il ne faut jamais perdre de vue dans la pratique. Dans ce cas, d'ailleurs, les saignées ne firent que diminuer les symptômes. L'amendement qu'elles procurèrent permit à la nature de travailler à la guérison, et ce ne fut que peu à peu qu'on vit disparaître la fièvre d'abord, puis le dévoiement.

CXVIIIe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre inflammatoire ; épistaxis ; délire. Sueur critique. Deux saignées.

Un papetier, âgé de 17 ans, tempérament lymphatico-sanguin, était malade depuis cinq à six jours lorsqu'il entra à la Charité. Il présentait alors la plupart des symptômes qui caractérisent une fièvre inflammatoire : face rouge, yeux brillants ; peau chaude et sèche, pouls plein, fréquent ; langue blanche, pointillée de rouge ; douleur épigastrique ; pas de selle depuis le début de la maladie, épistaxis chaque jour ; la nuit même qui suivit son entrée, le malade délira. (*Saignée de quatre palettes*, *tisane d'orge gommée*, *lavement émollient.*) Le sang tiré de la veine se réunit en un large caillot sans sérosité ni couenne. Dans la journée, aucun amendement n'eut lieu. Délire le soir et toute la nuit.

Le lendemain, 11 août, les facultés intellectuelles avaient repris leur netteté. La chaleur âcre de la peau, la dureté, la plénitude et la fréquence du pouls persistaient ; la langue, blanchâtre, ne présentait point la moindre rougeur. L'abdomen, dans ses différentes régions, était légèrement douloureux à la pression ; une seule selle dure avait eu lieu à la suite du lavement. Une deuxième saignée fut pratiquée ; le sang se montra semblable à celui qui avait été tiré la veille.

Dans l'après-midi la fièvre tomba, la nuit fut calme.

Le lendemain matin, 12, le pouls avait perdu sa fréquence ; une légère moiteur couvrait la peau pour la première fois. Cette moiteur continua une grande partie de la journée.

A dater de ce moment la fièvre ne reparut plus, et le malade se rétablit promptement.

Cette observation présente à remarquer :

1° Les bons effets de la deuxième saignée, tandis que la première n'avait été suivie d'aucun résultat avantageux.

2° La sueur qui apparut pour la première fois, en même temps que la fièvre cessa.

CXIXe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre inflammatoire. Deux saignées.

Un garçon cuisinier, âgé de 21 ans, était sujet depuis un an à de fréquents étourdissements. Depuis cinq jours ces étourdissements étaient devenus continuels et plus intenses; en même temps malaise général, anorexie. Lorsqu'il entra à la Charité, 27 septembre, sa face était rouge, ses yeux brillants et animés; la langue tendait à se sécher; les selles étaient ordinaires, le pouls était fréquent et plein, la peau chaude et halitueuse. (*Saignée de quatre palettes*, *tisane d'orge*).

28. Mêmes symptômes : deuxième saignée. Le sang de l'une et de l'autre se couvrit d'une couenne épaisse.

29. La langue avait repris un aspect naturel : la soif était modérée; le ventre souple, indolent; les selles étaient telles qu'elles existent dans l'état de santé; les étourdissements avaient cessé; il n'y avait rien du côté de la poitrine. Cependant, au milieu de cette absence de toute espèce de symptômes d'une maladie locale, le pouls conservait sa fréquence, et la peau sa chaleur.

Cette fièvre diminua peu à peu les jours suivants, et s'éteignit enfin sans qu'aucun phénomène critique apparût, et sans que le malade prît autre chose que la tisane d'orge.

Dans cette fièvre, où est le point de départ? Est-ce dans le cerveau? Mais nous ne croyons pas qu'il y eût une encéphalite ou une méningite, parce qu'il y avait des étourdissements. Est-ce dans le tube digestif? Mais nous ne pensons pas qu'on puisse admettre l'existence d'une gastrite, parce qu'il y a anorexie et diminution légère de la sécrétion de la membrane muqueuse linguale (1). Du reste, ce dernier signe lui-même disparaît, et la fièvre n'en persiste pas moins. Deux saignées ne la font pas cesser, et ce n'est qu'au bout d'un certain nombre de jours qu'elle cesse spontanément.

CXXe OBSERVATION.

Diarrhée au début; fièvre; langue rouge; toux. Sueur critique. Deux saignées.

Un boulanger, âgé de 23 ans, à Paris depuis trois mois, a depuis six jours de la diarrhée (cinq ou six selles en vingt-quatre heures), de légères coliques et de la fièvre. Il éprouve de plus une forte douleur au genou gauche, sans tuméfaction ni rougeur; il

(1) Nous avons vu plus haut des cas où il n'y avait pas eu pendant la vie plus de signes d'affection du côté du tube digestif, et dans lesquels cependant l'ouverture du cadavre nous montra l'existence d'une lésion des follicules.

tousse un peu. Le 5 novembre, jour de l'entrée du malade à la Charité, la face est animée, la langue rouge, la soif vive, la peau chaude, le pouls fréquent et fort. (*Tisane de violettes gommée, saignée de quatre palettes, douze sangsues autour du genou gauche.*)

Le 6, la toux avait disparu ; la douleur du genou était moindre ; le dévoiement et la fièvre persistaient, aussi intenses que la veille. Le sang tiré de la veine n'offrit pas de couenne. (*Tisanes adoucissantes, cataplasme émollient sur le genou, un bouillon.*)

Le 7, le dévoiement avait augmenté (dix selles). La langue était rouge à la pointe ; la fièvre était considérable ; la peau était très-sèche ; la douleur était presque nulle. Une deuxième saignée fut prescrite. Le sang n'offrit pas plus de couenne que la première fois. Aucune amélioration n'eut lieu les quatre jours suivants. Le pouls conservait sa force et sa grande fréquence. La chaleur de la peau était brûlante et âcre. La diarrhée ne diminuait pas. (*Diète, tisanes adoucissantes.*)

Le 12 novembre, tout s'était amendé. La peau était moite pour la première fois, le pouls plus souple et moins fréquent ; la langue avait perdu sa rougeur ; le malade n'avait eu que trois selles dans les dernières vingt-quatre heures ; il sentait un grand soulagement. Le 13, même état. Le 14, la fièvre était légère ; une seule selle avait eu lieu. Le 15, le pouls était à peu près revenu à son état naturel. Le 16, le malade était convalescent.

Aucun amendement ne suivit ici les deux saignées générales pratiquées à peu de distance l'une de l'autre ; la maladie conserva toute son intensité jusqu'au douzième jour. Alors se manifesta pour la première fois de la sueur, et pour la première fois tout s'amenda. Dès ce moment le rétablissement complet ne se fit pas attendre.

CXXIe OBSERVATION.

Récente arrivée à Paris. Au début, prédominance des symptômes généraux ; plus tard dévoiement ; langue sale. Saignée. Rétablissement lent.

Un cordonnier, âgé de dix-sept ans, d'une assez faible constitution, n'habitant Paris que depuis huit jours, éprouva, le 10 novembre, sans cause connue, des étourdissements, des maux de tête et de reins, des alternatives de froid et de chaud ; il perdit l'appétit. Cet état persista les trois jours suivants. Le malade continua à travailler. Le 23, il eut des nausées, quelques coliques et un léger dévoiement (trois selles liquides.) Il resta dans cet état jusqu'au 27. Il entra alors à la Charité. La céphalalgie n'existait plus. La langue était un peu sale, la bouche pâteuse, la soif assez vive, l'appétit nul, le ventre indolent et souple. Deux déjections alvines, liquides, avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures. Il y avait beaucoup de fièvre. (*Saignée de trois palettes, tisane d'orge gommée.*)

Le 28, aucun changement ne s'était opéré. Le 29, réaction générale très-forte, deuxième saignée. Ni l'une ni l'autre n'offrit de couenne.

Le 30, le dévoiement était plus considérable (six selles). L'état saburral de la langue, persistait ; la fièvre était intense ; le malade avait sué la nuit.

Du 1er au 7 décembre les symptômes précédents ne diminuèrent ni n'augmentèrent. La tisane d'orge gommée était le seul médicament que prit le malade : on lui accordait

quelques bouillons. Du 7 au 14 décembre il prit de l'eau de riz gommée. Le dévoiement diminua un peu ainsi que la fièvre. Le dégoût pour les aliments était extrême. Du 14 au 18 décembre la fréquence du pouls diminua notablement ; la diarrhée se modéra ; les forces se rétablirent. Le malade marcha lentement vers la convalescence, et se trouva enfin en état de sortir le 15 décembre.

Chez ce malade, comme chez le précédent, la diarrhée et la fièvre persévérèrent, et même augmentèrent après deux saignées générales. Mais ici aucun phénomène critique n'abrégea le cours de la maladie ; elle s'usa en quelque sorte d'elle-même et peu à peu. L'état saburral de la langue était très-prononcé, tandis que chez le sujet de la cxxe observation la langue était rouge.

CXXIIe OBSERVATION.

Fièvre rémittente ; diarrhée ; symptômes de pneumonie. Trois saignées.

Un serrurier, âgé de vingt trois ans, habitant Paris depuis deux mois, jouissant habituellement d'une bonne santé, eut une indigestion, il y a dix jours, après avoir bu du mauvais vin ; dans la nuit même il vomit et alla plusieurs fois à la selle. Les jours suivants, persistance de la diarrhée ; frisson chaque soir, sueur la nuit ; chaleur brûlante, grand malaise pendant le jour.

Lors de son entrée à l'hôpital, face un peu rouge, langue sale, légèrement rouge à la pointe, bouche mauvaise, ventre développé, deux ou trois selles, peau brûlante, pouls peu fréquent, toux forte et fréquente, crachats de catarrhe aigu. (*Saignée de deux palettes.*) Le sang ne présenta pas de couenne ; mais le lendemain les crachats avaient acquis de la viscosité et une légère teinte rouillée. La poitrine, percutée, résonnait bien partout ; partout aussi la respiration était nette ; il n'y avait qu'une légère dyspnée. Cependant, d'après le caractère des crachats, l'existence d'une pneumonie n'était pas douteuse ; le pouls avait acquis plus de fréquence. (*Deuxième saignée.*) Celle-ci offrit une couenne épaisse ; les crachats, toujours visqueux, avaient perdu leur teinte rouillée ; la fièvre était intense ; la langue rouge, tendait à se sécher ; la diarrhée continuait. Cet ensemble de symptômes inflammatoires fut combattu par une troisième saignée. Elle présenta une couenne aussi épaisse que la seconde. L'amélioration qui la suivit fut remarquable. Le lendemain, 21 septembre, les crachats étaient redevenus ceux du simple catarrhe, la langue avait repris son humidité et une belle couleur vermeille ; le pouls n'avait plus qu'une très-médiocre fréquence ; une légère moiteur couvrait la peau ; la diarrhée n'avait pas diminué. Le malade sortit bien portant le 29.

Dans ce cas, plus que dans aucun des précédents, les émissions sanguines étaient indiquées ; trois fois la veine fut ouverte. La première saignée n'empêcha pas la maladie de se développer ; les crachats seuls

furent modifiés à la suite de la seconde, et ce ne fut qu'après la troisième qu'on observa un amendement manifeste et durable.

Ainsi, en résumant spécialement les observations précédentes sous le rapport des résultats thérapeutiques qui peuvent en être déduits, nous sommes amenés à conclure que pour combattre les maladies de la nature de celles qui font l'objet de ces observations, les émissions sanguines n'ont pas toute l'efficacité qu'on leur attribue généralement. Plusieurs malades soumis à la diète et au repos, ont guéri aussi promptement que ceux qui ont été saignés. Chez d'autres après les saignées, la maladie n'en a pas moins marché, et ce n'est que peu à peu que la résolution s'est opérée. Chez d'autres il n'y a eu qu'une rémission momentanée, après laquelle tout s'est de nouveau aggravé. Chez aucun la maladie n'a cédé immédiatement après la saignée. Toutefois, il est raisonnable de penser que, parmi ces malades, il en est chez lesquels des émissions sanguines ont eu l'avantage d'empêcher les symptômes de s'aggraver, si elles ne les ont pas enlevés (1).

CXXIIIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Diarrhée à la suite de deux purgatifs pris au début. Pétéchies. Pneumonie dans la convalescence. Saignées. Différence du sang des deux saignées pratiquées à deux époques différentes.

Un chapelier, âgé de vingt-trois ans, habitant Paris depuis six mois, ressentit le 9 août, sans cause connue, des frissons, de l'anorexie. Il quitta le travail. Jusqu'au 17 il garda la chambre, mangea peu et prit deux purgatifs.

État du 18 : face abattue, langue blanche, rouge à la pointe ; bouche amère, soif ; anorexie ; quatre selles liquides ; pouls dur, fréquent ; peau chaude. (*Saignée de quatre palettes.*)

Le sang tiré de la veine ne se rassembla point en un caillot ; mais les morceaux de fibrine restèrent comme dissous dans la sérosité.

Le lendemain 19, fièvre intense, taches très-petites ; pâles, disséminées sur le thorax et sur l'abdomen ; langue à peu près dans un état naturel : dix selles, légère sueur la nuit.

Le 20, peu de fièvre, pâleur extrême de la face, quatre selles seulement, taches moins nombreuses, toux légère. (*Tisane d'orge gommée.*)

Les 21 et 22, fièvre plus forte, mêmes symptômes du côté des voies digestives, disparition graduelle des pétéchies.

Dans la matinée du 23 (du quatorzième au quinzième jour), une sueur très-abondante s'établit : elle cessa dans la journée. Le soir, la peau de l'abdomen et de la partie

---

(1) M. Louis a publié sur les émissions sanguines des observations qui sont confirmatives des nôtres. (*Archives de médecine*, novembre 1828.)

interne des cuisses se couvrit d'une foule de petites vésicules cristallines (*sudamina*).

Le 24, apyrexie complète, cessation de la diarrhée.

Le 25, disparition des *sudamina;* convalescence.

Le 27, le malade reprenait rapidement ses forces, et il se disposait à quitter l'hôpital, lorsque le pouls reprit de la fréquence; en même temps toux considérable, gêne de la respiration : l'oreille, appliquée sur le côté droit du thorax, reconnut, en arrière et latéralement, du râle crépitant. La sonoréité de la poitrine persistait. Ces symptômes de pneumonie furent sur-le-champ combattus par une saignée de trois palettes. Le sang, bien différent de celui de la première saignée, se rassembla en un caillot dense, recouvert d'une couenne peu épaisse. Le lendemain, la respiration était revenue à peu près à son état naturel; la fièvre était moindre, et le râle crépitant moins sensible. (*Tisanes émollientes.*) Même état le 29.

Le 30, tout symptôme de phlegmasie pulmonaire avait cessé. Le malade ne tarda pas à sortir bien portant.

Ce malade présente quelques phénomènes que ne nous ont pas offerts les précédents : nous voyons, le lendemain de la saignée, la peau se couvrir de pétéchies, en même temps que la fièvre se montre plus intense. Ces pétéchies disparurent peu à peu, bien que la fièvre ne diminuât pas. Le sang a un aspect remarquable : la fibrine qui le constitue reste en fragments dans la sérosité; c'est le sang dissous des auteurs. Le sang tiré à une époque où la pneumonie existait était bien différent ; il présentait un caillot bien formé que recouvrait une couenne manifeste. Ainsi les deux états morbides différents qui existaient à l'époque où chacune des saignées fut pratiquée, se traduisirent par deux états différents du sang.

Du reste, aucun amendement notable ne suivit la première saignée : la langue seule fut modifiée en bien. La seconde saignée, au contraire, exerça la plus heureuse influence sur la pneumonie, qu'elle contribua sans doute à faire avorter. Voilà un cas où l'utilité des émissions sanguines est de toute évidence.

Les sueurs abondantes survenues du quatorzième au quinzième jour, et suivies d'une éruption de sudamina, coïncidèrent avec la terminaison de la fièvre.

CXXIVe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Diarrhée au début ; fièvre rémittente quotidienne. Pétéchies au moment de la convalescence. Sangsues à l'épigastre.

Un charpentier, âgé de 19 ans, n'habitant Paris que depuis deux mois, fut pris de diarrhée, sans cause connue, le 18 juillet ; elle continua jusqu'au 23, sans que le

malade en fût incommodé. Il allait quatre ou cinq fois à la selle en vingt-quatre heures, avec de légères coliques avant chaque évacuation.

Le 23 juillet, il ressentit, entre midi et une heure, du frisson qui, au bout de trois quarts d'heure environ, fut remplacé par une vive chaleur; il sua très-peu.

Le lendemain, dans la matinée, il éprouva un grand malaise. Un médecin, consulté, trouva de la fièvre et fit appliquer huit sangsues sur l'épigastre. Cette application n'empêcha pas le frisson de revenir à midi, et d'être suivi, comme la veille, de chaleur et d'une sueur légère. Cet accès se produisit ainsi tous les jours jusqu'au 1er août; le malaise qui existait dans l'intervalle des accès semblait indiquer que la fièvre ne cessait pas. Le dévoiement, pendant ce temps, n'augmenta, ni ne diminua.

Nous vîmes le malade, pour la première fois, dans la matinée du 1er août. Il avait alors de la fièvre; la face était rouge, la langue un peu animée; trois ou quatre selles avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures; le ventre était indolent. (*Tisane d'orge gommée, diète.*) A midi, frisson, chaleur et sueur comme les jours précédents. 2 et 3 août; même état.

Le 4, fièvre le matin comme à l'ordinaire; chaleur ressentie par le malade à une heure après midi, sans frisson initial, suivie d'une très-légère moiteur.

Le 5, aucun redoublement n'eut lieu; même nombre de selles; état naturel de la langue.

Le 6, le pouls avait perdu sa fréquence et la peau sa chaleur, le nombre de selles n'avait pas diminué; la partie inférieure du thorax et la partie supérieure de l'abdomen étaient couvertes par huit ou dix petites taches rosées, saillantes la plupart au-dessus du niveau de la peau; le toucher seul faisait reconnaître cette saillie. Les pétéchies persistèrent jusqu'au 8, puis elles s'effacèrent peu à peu. Le malade quitta l'hôpital le 10, étant parfaitement rétabli.

Cette observation offre un exemple bien tranché de fièvre rémittente, Une diarrhée peu abondante en marqua le prodrome. Après une application de sangsues et quelques jours de diète absolue, le frisson ne revint plus, l'on n'observa ensuite qu'un simple redoublement, qui cessa à son tour, en même temps que la langue perdit sa légère rougeur. Enfin, la fièvre, devenue simplement continue, cessa elle-même, bien que la diarrhée persistât encore. Ainsi, chez cet individu la fièvre ne parut exister que tant que l'estomac fut irrité : la circulation rentra dans son état normal dès qu'il n'y eut plus que le gros intestin dont les fonctions fussent encore lésées. C'est lorsque la fièvre eut complétement cessé, et lorsque le malade entrait en convalescence, que les pétéchies se montrèrent. Leur apparition ne parut ni hâter, ni retarder les progrès du retour vers la santé.

Un autre individu eut aussi pendant le même mois des taches pétéchiales sur l'abdomen, vers la fin d'une fièvre continue bénigne, qui avait cédé en quelques jours à l'usage de simples délayants.

CXXVe OBSERVATION.

Fièvre continue ; diarrhée, etc. Pétéchies vers la fin de la maladie. Saignée du bras.

Un passementier, âgé de 17 ans, à Paris depuis trois ans, entra à la Charité, accusant aux deux jambes des douleurs que la pression n'augmentait pas. Il avait un grand malaise, de la céphalalgie, une anorexie complète, du dévoiement. Cet état durait depuis huit jours. Il avait bu du vin chaud sucré. Lorsque nous le vîmes, la face était rouge, l'œil animé, le pouls plein, fréquent, le ventre indolent et souple, la langue humide, colorée par le vin. (*Saignée de deux palettes ; orge avec le sirop tartareux ; lavement de lin.*) Le sang tiré de la veine n'offrit pas de couenne. La nuit, le malade eut plus de sommeil et moins de rêves. Le lendemain, 7 juin, le nombre des selles était le même (six à sept). Le pouls était moins fréquent. Du 7 au 10, diminution du dévoiement, persistance de la fièvre.

Le 10, quelques petites taches rosées apparurent sur la poitrine ; même état d'ailleurs.

Le 11, persistance des taches ; peau sans chaleur, pouls sensiblement moins fréquent. Le 12, disparition presque entière des taches, pouls à peine fréquent, une seule selle. Le 15, disparition complète des pétéchies ; apyrexie complète. Les jours suivants, bon appétit, retour des forces, persistance des douleurs des jambes : ces douleurs cédèrent à l'usage des bains sulfureux.

Comme chez les individus précédents, les pétéchies se montrèrent vers la fin de la maladie ; leur apparition coïncida avec un amendement notable des symptômes. Bien qu'il n'y eût plus que de très-légers symptômes d'irritation du côté des voies digestives, la fièvre, que la saignée avait un peu diminuée, ne cédait cependant pas. A peine les pétéchies eurent-elles apparu, que le mouvement fébrile devint presque nul. Néanmoins, les trois jours suivants, pendant lesquels les taches persistèrent, le pouls conserva une légère fréquence ; elle cessa, dès que l'éruption fut entièrement flétrie.

CXXVIe OBSERVATION.

Fièvre, diarrhée, etc. Éruption pétéchiale confluente. Saignée ; émétique.

Un domestique, âgé de 18 ans, d'un tempérament lymphatique, chairs molles, peau blanche et rosée, cheveux roux, sans place depuis quelque temps, se plaint de tousser et d'avoir perdu l'appétit depuis cinq à six jours. Depuis ce temps aussi, il a un lég r dévoiement et un redoublement de fièvre très-marqué chaque après-midi. Entré à la Charité le 4 mai, il présente les symptômes suivants. Céphalalgie sus-orbitaire, face très-rouge, animée ; forces musculaires bien conservées ; mouvements libres, bouche mauvaise, langue chargée ; ventre indolent ; le dévoiement n'existe plus,

toux assez forte, sans douleur ni dyspnée ; expectoration catarrhale ; pouls fréquent, plein ; peau halitueuse. (*Saignée de deux palettes à huit heures du matin.*) Le sang se réunit en un caillot large, mou, sans couenne. A midi, le malade prit douze grains d'ipécacuanha et un grain d'émétique. Il eut d'abondants vomissements et des selles copieuses.

Le lendemain, 5 mai, son état était le même ; mais à dater de cette époque il n'eut plus de redoublement dans l'après-midi.

Le 6, pas de changement.

Le 7, face très-rouge, langue animée, sèche au milieu ; trois selles liquides, ventre indolent, pouls fréquent, peau chaude et sèche ; petites taches rosées, lenticulaires, sur la poitrine, faisant une saillie légère, sensible seulement au tact. (*Tisane d'orge édulcorée.*)

Le 8, les pétéchies se sont étendues à l'abdomen ; même état.

Du 9 au 12, les taches persistent ; elles sont très-multipliées, véritablement confluentes, et conservent leur teinte rosée ; le dévoiement se modère (deux à trois selles en vingt-quatre heures) ; la langue reprend un aspect naturel, le pouls est fréquent, la peau reste constamment moite. (*Tisanes adoucissantes, diète sévère.*)

Le 13 et le 14, les taches s'effacent, le dévoiement n'existe plus : le malade demande à manger ; cependant le pouls conserve un peu de fréquence.

Le 16, les taches sont entièrement effacées ; le malade est très-bien.

Les taches pétéchiales se sont ici montrées au moment où la maladie était dans sa plus grande intensité. Elles ont été beaucoup plus nombreuses que chez aucun des individus précédents. Pendant qu'elles se sont multipliées, l'état des fonctions digestives s'est amélioré, et la fièvre a diminué. Comme chez quelques-uns des autres malades, le trouble des fonctions a survécu à toute espèce de symptôme local, et n'a complètement cessé que lorsque les pétéchies elles-mêmes ont été entièrement effacées.

La peau devint moite dès qu'une amélioration franche commença à avoir lieu.

Chez cet individu aucun amendement ne suivit le traitement actif qui fut employé au moment de son entrée ; les symptômes restèrent deux jours stationnaires, puis ils s'aggravèrent ; la nature, aidée d'une médecine purement expectante, amena la guérison.

CXXVII^e OBSERVATION.

Misère antécédente ; plusieurs épistaxis au début, fièvre intermittente d'abord, puis continue ; persistance des épistaxis ; stupeur ; pétéchies ; diarrhée vers la fin. Saignée.

Un tailleur, âgé de 29 ans, habitant Paris depuis onze mois, était depuis quelque temps sans ouvrage et menait une vie assez misérable, lorsque le 8 mars il fut pris

d'une épistaxis abondante. A midi, il sentit du frisson et sua abondamment dans la soirée.

Du 8 au 12, il eut chaque jour des saignements de nez, et chaque jour aussi il eut, dans l'après-midi, un accès complet de fièvre; en outre, il toussait beaucoup. Entré, le 13, à la Charité, il eut un accès comme les jours précédents. La sueur se prolongea jusqu'au lendemain matin 14; alors le pouls était fréquent, plein, résistant; la couleur rouge des joues présentait un contraste frappant avec la teinte jaunâtre du pourtour des ailes du nez et des lèvres; les yeux étaient abattus et mornes; l'ensemble de la physionomie exprimait la stupeur. Langue vermeille, soif vive, constipation, toux pénible, mal de gorge, expectoration catarrhale, respiration libre, épistaxis, douleur sous-sternale. (*Saignée de quatre palettes; tisane de violettes.*) Le sang se réunit en un large caillot, peu consistant, recouvert d'une couenne très-mince. Accès de fièvre comme à l'ordinaire dans la soirée.

Dans la matinée du 15, le malade était sans fièvre. Accès dans la soirée.

A la visite du 16, le pouls était fréquent, la peau chaude. Des taches rosées, arrondies, lenticulaires, existaient en assez grande quantité sur l'abdomen.

Du 16 au 20, la fièvre fut continue avec redoublement chaque soir sans frisson initial. Légère épistaxis chaque matin; stupeur; mouvements musculaires libres. Langue un peu animée et tendant à se sécher; peu de soif; selles ordinaires. Persistance des taches. *Tisanes émollientes; diète.*)

Le 21, une saignée de deux palettes fut pratiquée. Le sang forma un large caillot sans couenne.

Le 22, le malade était mieux; l'expression de la physionomie était plus naturelle; la fièvre avait moins d'intensité. Les taches ne se multipliaient ni ne diminuaient.

Du 22 au 30, un peu de dévoiement s'établit (trois ou quatre selles liquides, sans coliques ni ténesme, en vingt-quatre heures.)

En même temps les sueurs et les saignements de nez cessèrent. Le redoublement du soir n'eut plus lieu. Le matin, la fièvre était très-modérée; les taches persistaient. La langue, pâle, conservait toujours la tendance à sécher. Le malade demandait à manger. On ne lui accordait que quelques bouillons. Il prenait des tisanes délayantes. On ne chercha point à suspendre le dévoiement.

Dans les premiers jours d'avril le pouls perdit sa fréquence; la langue s'humecta, la diarrhée cessa peu à peu, les taches disparurent et le malade entra en convalescence.

Cette maladie débuta sous forme d'une fièvre intermittente quotidienne. Six accès avaient déjà eu lieu lorsqu'elle fut soumise à notre observation. Une épistaxis périodique avait précédé chaque accès. Une émission sanguine paraissait indiquée par l'intensité de la réaction générale. La saignée n'empêcha pas le retour de l'accès; vingt-quatre heures après qu'elle eut été pratiquée, des taches pétéchiales apparurent; des symptômes d'une légère irritation gastrique se manifestèrent, et la fièvre devint continue. Au milieu de l'amélioration manifeste qui suivit la deuxième saignée, les pétéchies ne subirent aucun changement. Les sueurs, les épistaxis cessèrent alors, et furent remplacées par une diar-

rhée peu abondante. Puis tous les symptômes cessèrent peu à peu. Les médecins hippocratistes auraient dit que cette maladie s'était terminée par *lisis*.

CXXVIIIe OBSERVATION.

Arrivée récente à Paris. Irritation intestinale, compliquée momentanément d'irritation pulmonaire ; prostration ; pétéchies ; saignée dirigée contre la pneumonie ; vésicatoires. État de langueur dans la convalescence : vin d'absinthe.

Un manœuvre, âgé de 19 ans, d'une constitution faible, n'habitant Paris que depuis vingt jours, fut pris le 30 août d'un violent mal de tête et d'anorexie. Il commença en même temps à tousser. Lorsqu'il entra à l'hôpital (7 septembre), il était pâle et semblait déjà profondément affaibli. Langue blanche ; sept à huit selles en vingt-quatre heures ; pouls fréquent et assez faible, toux, crachats de catarrhe. (*Violettes et orge gommées, looch*). 8, 9 et 10, même état.

Le 11 septembre, la toux était devenue plus fréquente et plus pénible ; il y avait de l'oppression. Les crachats présentaient un peu de viscosité ; le pouls avait acquis de la dureté. L'inflammation des bronches semblait menacer de se propager au parenchyme. (*Saignée de trois palettes.*)

12. Les symptômes de pneumonie avaient disparu, mais la faiblesse était considérable : quelques pétéchies étaient éparses sur l'épigastre. Le sang tiré de la veine, mou et sans consistance, ressemblait au sang d'une épistaxis. La diarrhée persistait. (*Vésicatoires aux jambes ; tisanes adoucissantes.*)

Du 12 au 20, les forces se relevèrent peu à peu ; la langue, couverte d'un enduit jaunâtre, épais, se nettoya, la diarrhée cessa, les taches disparurent, le pouls perdit chaque jour sa fréquence. Du 21 au 26, le malade put être considéré comme en convalescence, mais il restait faible, pâle, anémique : il avait peu d'appétit. Pendant la fin du mois de septembre, et dans les premiers jours d'octobre, il prit chaque matin avec avantage un peu de vin d'absinthe. Il sortit bien portant le 9 octobre.

Cette observation présente à remarquer les symptômes de prostration qui existaient dès l'époque de l'entrée du malade, et qui augmentèrent d'une manière si notable après qu'une saignée eut été pratiquée. Les pétéchies se montrèrent, comme chez le précédent malade, après l'émission sanguine ; mais d'un autre côté celle-ci fit avorter l'inflammation du poumon. Il est présumable qu'une véritable pneumonie serait survenue si, effrayé par l'état de faiblesse générale, on n'eût pas ouvert la veine, ou même si l'on n'eût prescrit qu'une simple application de sangsues. Le sang présenta un aspect en rapport avec l'ensemble des autres symptômes. Un aspect semblable nous a déjà été offert par le malade qui fait le sujet de la CXXIVe observation. Après que la saignée eut détruit la congestion inflammatoire qui tendait à s'opérer sur les pou-

mons, les forces, que l'émission sanguine avait épuisées, se relevèrent après l'application des vésicatoires.

C'est dans des cas de ce genre qu'il est bien difficile de ne pas admettre que les toniques, donnés avec prudence et modération, hâtent les progrès de la convalescence en relevant les forces languissantes des organes digestifs (1).

Il n'est pas un praticien qui n'ait observé, à la suite de toutes les maladies un peu graves, la faiblesse des fonctions locomotrices, intellectuelles. Serait-il raisonnable de nier que cette faiblesse peut aussi frapper les organes digestifs dans certaines convalescences?

CXXIXe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Diarrhée au début; plusieurs épistaxis; langue sèche et brune; pétéchies; prostration. Apparition d'une sueur coïncidant avec un amendement des autres symptômes. Sangsues à l'anus.

Un homme de 20 ans, chargeur, à Paris depuis six mois, taille élancée, cheveux blonds, peau blanche, muscles grêles, ne faisant aucun excès et se nourrissant bien, fut pris, vers le 15 mai, d'un grand dévoiement sans colique. Le 23, il se sentit très-fatigué, et garda le lit jusqu'au 29, époque de son entrée à l'hôpital. Il avait observé une diète sévère, et bu un peu de tisane. Il eut plusieurs fois des épistaxis.

Le 30, la face rouge, yeux abattus, air prostré, sentiment de faiblesse; taches rosées, arrondies, éparses en petit nombre sur l'abdomen. Tremblement des lèvres, langue rouge et sèche, soif; deux selles semblables à de l'eau teinte en jaune depuis vingt-quatre heures; toux légère; pouls fréquent, développé; peau chaude et sèche. (*Trente sangsues à l'anus, tisane d'orge édulcorée, diète.*)

1er juin, les taches s'étaient multipliées sur l'abdomen et s'étaient étendues à la poitrine; l'air de stupeur avait augmenté; la langue était brunâtre à son centre et très-sèche; une seule selle liquide avait eu lieu; la fièvre persistait; le pouls se déprimait plus facilement; la peau conservait sa sécheresse. (*Tisane d'orge gommée.*) 2 et 3 juin, pas de changement.

---

(1) A cela on répond que ce prétendu état de langueur de l'estomac indique qu'il est irrité. Mais c'est là précisément la question, cette réponse elle-même n'est souvent qu'une hypothèse. Si tous les faits montrent que cet état de langueur des fonctions gastriques cède à l'emploi des débilitants, des émissions sanguines, de l'eau de gomme, je reconnaîtrai qu'il est le symptôme constant d'une irritation gastrique. Mais s'il est des cas où il n'en est pas ainsi, où le trouble de la digestion n'est pas enlevé par des saignées, et augmenté par l'eau de gomme, et cède à une infusion de camomille, à la gentiane, à l'eau de Seltz, à la glace, etc., j'admettrai, non par théorie, mais par expérience, que dans l'estomac, comme dans beaucoup d'autres organes, un trouble identique de fonctions n'annonce pas une maladie identique. Et dès lors quoi de plus absurde que de rapporter toute dyspepsie à une irritation gastrique? Une saine physiologie aurait repoussé cette assertion, quand même les résultats thérapeutiques ne l'eussent pas démentie.

Dans la soirée du 3 juin (vingt-unième jour à compter de l'époque à laquelle avait commencé la diarrhée), une sueur abondante s'établit, elle continua une partie de la nuit.

Dans la matinée du 4, le malade était sensiblement mieux. La langue était humide ; les traces pétéchiales étaient presque entièrement effacées ; les traits de la face avaient une expression plus naturelle ; le pouls était à peine fréquent ; le dévoiement avait augmenté (trois selles). Les sueurs reparurent le soir et durèrent toute la nuit.

5 juin, apyrexie, cessation de la diarrhée. (*Deux bouillons.*) Convalescence les jours suivants.

Dans ce cas encore l'apparition des sueurs coïncida avec la terminaison heureuse de la maladie. Au milieu de l'amélioration générale qui succéda à l'apparition de ces sueurs, nous remarquons une légère augmentation de la diarrhée. Les anciens auraient regardé cette circonstance comme favorable ; ils eussent dit que la crise s'opérait à la fois et par les sueurs et par les selles ; ils eussent même donné de doux laxatifs pour entretenir le cours de ventre.

Au moment où le malade entra à l'hôpital, les épistaxis des jours précédents, la stupeur, les pétéchies, semblaient annoncer une affection typhoïde grave. Les pétéchies persistèrent et même s'étendirent tant que la maladie tendit à s'accroître ; elles disparurent en même temps que la sueur s'établit.

L'application des sangsues à l'anus, faite le premier jour, parut peu avantageuse, si même elle ne fut pas nuisible. Il est du moins certain que cette émission sanguine fut suivie d'une exacerbation manifeste de tous les symptômes ; la diarrhée seule se modéra. Ainsi c'est aux deux époques les moins graves de la maladie que le cours du ventre fut le plus abondant.

Les jours suivants, on s'abstint de toute médecine active ; abandonnée aux seuls efforts de la nature, la maladie marcha d'elle-même vers une terminaison heureuse ; et nous vîmes ses symptômes disparaître, en même temps que la peau se couvrit d'une sueur abondante.

CXXXe OBSERVATION.

Au début frisson intense suivi de chaleur et de sueur ; point de côté ; délire, pétéchies ; prostration. Dans les premiers jours, sangsues à l'épigastre.

Un maçon, âgé de 17 ans, à Paris depuis deux ans, d'une assez faible constitution, s'était couché très-bien portant le 21 juin. Il n'avait rien fait d'insolite dans la journée.

Le 22, en se levant, il sentit de la céphalalgie, un malaise général et une grande lassitude. Il alla cependant travailler comme à son ordinaire ; mais bientôt un violent frisson l'obligea de suspendre ses occupations ; il se mit au lit : au frisson succéda une chaleur brûlante, toute la nuit il sua abondamment. Les cinq jours suivants il fut, dit-il, presque continuellement en sueur. Il avait perdu complétement l'appétit, ne vomissait pas, était constipé. Il avait aussi une toux légère. Le 25, il eut des sangsues à l'épigastre. Entré à la Charité dans la soirée du 28 juin, il disait ressentir depuis quelques heures seulement, au-dessous du téton gauche, une vive douleur que la pression augmentait. La respiration était gênée ; il y avait beaucoup de fièvre. Une saignée de trois palettes fut pratiquée. Le sang se couvrit d'une couenne épaisse. Pendant la nuit le malade délira. Dans la matinée du 28, il n'offrait plus cet état d'excitation générale qu'il avait présenté la veille au soir ; le point de côté avait disparu ; la respiration était calme, la toux peu fréquente, les crachats sans caractères ; la fréquence du pouls était médiocre ; mais ce qu'il y avait surtout de remarquable, c'était l'affaissement des traits porté à un haut degré, une faiblesse générale telle, que le moindre changement de position était très-pénible. La langue était un peu chargée, la bouche pâteuse, les lèvres et les dents sèches, le ventre indolent ; il n'y avait pas eu de selles depuis deux jours. La peau était sans chaleur ; plusieurs taches rosées, de la grandeur d'une piqûre de puce, légèrement saillantes, étaient disséminées sur la poitrine. (*Violette oximellée*, *lavement émollient*, *trois bouillons*.) Aucune selle n'eut lieu malgré le lavement. Le soir, sueur abondante ; la nuit, réapparition du délire.

Le 29, expression de la face plus naturelle ; intégrité de l'intelligence ; apyrexie complète. Dès ce moment aucun accident fâcheux ne survint ; la convalescence fut courte, et le malade quitta l'hôpital le 10 juillet.

Quelques circonstances de cette maladie ne sont pas sans intérêt.

Le début fut celui d'une fièvre intermittente. Cependant, tandis que dans celle-ci le frisson survient le plus ordinairement au milieu d'un parfait état de santé, il avait été ici précédé d'un malaise général et par des lassitudes spontanées. La fièvre persista les jours suivants, sans autre symptôme local que de l'anorexie et une toux légère. Cependant, le sixième jour, les accidents deviennent plus prononcés du côté de la poitrine, et une pleuro-pneumonie semble imminente. Une saignée est pratiquée ; les symptômes de phlegmasie pulmonaire disparaissent, et le délire, qui survient pendant la nuit, annonce que le cerveau, à son tour, est devenu le siége spécial de l'irritation. Dès le lendemain tout signe de phlegmasie a cessé, il y a à peine de la fièvre, et nous sommes surtout frappés par les symptômes d'une forte prostration de pétéchies. Le pronostic nous semble très-défavorable. Le retour du délire, la nuit suivante, confirme nos craintes ; mais heureusement elles ne sont pas justifiées ; le surlendemain la prostration n'existe plus, les taches ont disparu, la fièvre a complétement cessé, et le malade entre en conva-

lescence (1). Comment saisir dans cette succession rapide de symptômes la marche d'une maladie telle qu'on la trouve décrite dans les livres?

CXXXIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. A l'époque de l'entrée, dévoiement, symptômes de fièvre inflammatoire; langue rouge. Plus tard, symptômes adynamiques; langue noire. Double évacuation par la peau et par la muqueuse aérienne, coïncidant avec une amélioration notable. Saignée ; vésicatoires ; poudre de Dower.

Un maçon, âgé de 17 ans, cheveux noirs, peau brune, muscles développés, habitant Paris depuis six mois, avait eu de temps en temps la diarrhée depuis son arrivée. Depuis quatre jours le dévoiement avait reparu ; pour l'arrêter, le malade but du vin chaud sucré, qu'il vomit. Lors de son entrée, le 28 octobre, la face était rouge, les yeux animés, la langue d'un rouge vif et un peu sèche ; une soif ardente le tourmentait ; la pression faisait naître une douleur légère autour de l'ombilic, et plus vive à la région iliaque droite ; le pouls était fréquent et de force ordinaire, la peau sèche et chaude. (*Saignée de deux palettes, tisane d'orge.*) L'état du malade resta à peu près le même jusqu'au 31 ; le dévoiement était abondant. (*Tisanes adoucissantes, lavement de guimauve.*)

Le 1er novembre, neuvième jour, traits abattus, découragement, ventre ballonné, douloureux à la pression, langue rouge, visqueuse, huit à dix selles comme les jours précédents, pouls facilement déprimable. (*Frictions avec le liniment volatil sur les membres, vésicatoires aux jambes.*)

Dans la soirée, le malade sua un peu pour la première fois, sans qu'aucune amélioration fût observée dans son état. Cependant, dans le but de favoriser ce mouvement critique, M. Lerminier prescrivit dix grains de poudre de Dower en deux doses ; cette poudre fut continuée les jours suivants. Elle était donnée tous les soirs, et chaque nuit le malade avait des sueurs abondantes ; la dose en fut portée assez rapidement jusqu'à vingt grains en plusieurs paquets. Les frictions étaient continuées, et les vésicatoires entretenus. Cependant les symptômes s'aggravaient, les forces diminuaient sensiblement, la langue noircissait, la douleur, le ballonnement du ventre et le dévoiement persistaient.

Le treizième jour, léger trouble des idées. Le quatorzième, intelligence nette, pouls petit et d'une irrégularité remarquable. Le quinzième un ver fut vomi. Le seizième, apparurent des crachats épais, puriformes, abondants ; toux légère. Les symptômes, qui jusqu'alors étaient devenus chaque jour de plus en plus fâcheux, s'étaient amendés : langue humide, ventre souple, pouls plus régulier, aspect de la face plus naturel, mouvements plus libres.

Le dix-septième jour, l'amélioration continuait ; le dévoiement était modéré, l'expectoration persistait, elle se montra encore les quatre jours suivants. Pendant tout ce temps le malade sua à peine, bien que la poudre de Dower fût continuée.

---

(1) Que fût-il arrivé si, pour combattre et cet affaissement et ce délire, on eût employé les émissions sanguines ? A mon avis, elles n'auraient fait qu'augmenter les symptômes, ainsi que nous l'avons vu de la manière la plus manifeste chez plusieurs autres malades dont il est question dans ce volume. Remarquons d'ailleurs que pendant l'existence de ces symptômes un peu de bouillon fut accordé.

Dans la nuit du vingt au vingt-deuxième jour, une sueur très-abondante survint. Le matin, le malade était bien, le pouls était très-régulier, l'expectoration avait cessé.

Les jours suivants les forces se rétablirent rapidement, et le malade ne tarda pas à entrer en convalescence. Cependant le pouls ne perdit son irrégularité que vers la fin de novembre.

Ce malade nous offre des symptômes plus graves qu'aucun des précédents. Remarquons les diarrhées fréquentes auxquelles il avait été sujet depuis son arrivée à Paris. Ce fut aussi par une diarrhée que débuta l'affection pour laquelle il entra à la Charité. A l'époque de son entrée, il existait une réaction générale, qui fut combattue par une saignée; aucun amendement ne suivit l'émission sanguine. A cette période de réaction succéda une période d'affaissement; puis une sueur abondante spontanément vers la fin du neuvième jour; elle continua les jours suivants. Fut-elle favorisée par la poudre de Dower? Nous en doutons, en nous rappelant combien de fois nous avons vu l'administration de cette poudre n'être suivie d'aucune sueur. Cependant, malgré le mouvement établi vers la peau, les symptômes s'aggravèrent jusqu'au seizième jour. Alors se montrèrent des crachats puriformes dont l'apparition coïncida avec un amendement très-marqué de tous les symptômes. Cette expectoration, que les anciens eussent appelée critique, persista les quatre jours suivants. Pendant ce temps, les sueurs diminuèrent notablement, bien que la poudre de Dower fût continuée; les anciens eussent dit que le mouvement critique avait abandonné la peau pour s'opérer sur la muqueuse bronchique.

Le vingt-unième jour, les sueurs reparurent, et cette fois un amendement très-marqué les suivit.

Nous appellerons encore l'attention sur la persistance de l'irrégularité du pouls pendant la convalescence, comme sur un phénomène assez rare.

CXXXII^e OBSERVATION.

Au début, symptômes de fièvre inflammatoire; langue rouge, constipation, etc. Plus tard, symptômes adynamiques, stupeur, langue sèche, etc. Amélioration passagère le quatorzième jour à la suite d'une sueur. Deuxième sueur le dix-huitième jour, suivie d'un amendement durable. Saignée; sangsues à l'anus et au cou; vésicatoires; à l'intérieur, poudre de Dower, calomélas, un peu de vin. Dans la convalescence, symptômes d'embarras gastrique combattus par l'ipécacuanha.

Un vannier, âgé de 22 ans, à Paris depuis deux ans, se nourrissant bien, et n'ayant commis aucun excès, ressentit dans la journée du 28 février, un malaise général et des

frissons vagues. Le lendemain, le malaise de la veille augmenta ; jusqu'au 4 mars il garda la chambre et ne prit que quelques bouillons et des tisanes. Entré à la Charité le 5 mars, il présenta l'état suivant :

Forte céphalalgie sus-orbitaire, face rouge, yeux appesantis, accablement général, pouls fréquent et dur, peau chaude et sèche, langue rouge à la pointe, bouche amère, soif vive, légère tension du ventre, qui est un peu douloureux par la pression autour de l'ombilic ; une selle liée tous les deux jours depuis le début de la malad ie

Chez ce malade, l'estomac et l'intestin grêle étaient évidemment le siége d'une phlegmasie encore peu intense ; elle s'annonçait par l'ensemble des symptômes d'une fièvre inflammatoire de Pinel. (*Saignée de quatre palettes, tisane de violette et de bourrache, diète sévère.*) Le sang présenta un large caillot sans couenne ; sueur dans la soirée pour la première fois (du sixième au septième jour).

Dans la matinée du 6, même état. (*Vingt-quatre sangsues à l'anus, lavement émollient.*)

Du 6 au 11, persistance de la fièvre.

Le 11, sans cause connue, l'état du malade avait empiré d'une manière remarquable : idées confuses, réponses pénibles, commencement de stupeur, grande pâleur, langue sèche, pouls très-fréquent, conservant de la force. Le trouble des facultés intellectuelles, l'expression particulière des traits de la face, firent croire au début d'une affection cérébrale ; elle fut combattue par l'application de huit sangsues sur chaque côté du cou.

Le 12, l'intelligence avait repris sa netteté, la face avait une expression plus naturelle ; mais la langue, les dents et les lèvres étaient sèches et encroûtées, le pouls était devenu très-facilement déprimable, le malade ne paraissait plus être en état de supporter de nouvelles émissions sanguines. Opérer une révulsion vers les extrémités inférieures, et soutenir doucement les forces, telles parurent à M. Lerminier les indications les plus urgentes à remplir. (*Vésicatoires aux jambes, limonade minérale.*)

Dans la nuit du 12 au 13, une sueur générale très-abondante s'établit ; elle persistait dans la matinée du 13 (quartorzième jour). L'abdomen était couvert de nombreux *sudamina*. Une amélioration sensible avait eu lieu ; les forces étaient relevées ; mais la fièvre persistait, la langue conservait sa sécheresse. (*Douze grains de poudre de Dower.*)

Les sueurs cessèrent dans l'après-midi.

Le 14, l'amélioration de la veille n'existait plus ; le ventre s'était météorisé. (*Embrocations d'huile de camomille camphrée, douze grains de calomélas en trois paquets.*) Deux selles eurent lieu dans les vingt-quatre heures.

Aucun changement ne survint jusqu'au 17. (*Tisanes délayantes, un peu de bouillon, quelques cueillerées de vin*). Ce jour-là (dix-huitième de la maladie), sueur générale, qu'aucun médicament n'avait provoquée.

A dater de cette époque, la langue s'humecta, les forces se relevèrent rapidement, la fréquence du pouls diminua : on donna de temps en temps un peu de calomélas pour vaincre la constipation ; on accordait au malade quelques crêmes de riz et un peu de vin. Il semblait sur le point d'entrer en convalescence, lorsque le 26 un écart de régime aggrava de nouveau son état ; mais une diète sévère fit bientôt disparaître cette fâcheuse récrudescence.

Le 4 avril, apyrexie complète ; le malade éprouvait quelques symptômes d'embarras gastrique, tels que la langue sale, bouche amère, rapports nidoreux, etc. Ces symptômes cédèrent à l'administration de six grains d'ipécacuanha ; les forces et l'embonpoint ne revinrent que lentement, et ce rétablissement tardif ne permit au malade de quitter l'hôpital qu'au commencement du mois de mai.

Deux périodes bien tranchées peuvent être étudiées dans cette maladie: dans la première, existe cet état de réaction générale qu'on a appelée fièvre inflammatoire. Les symptômes que présentent cette période ne s'amendent point sous l'influence d'une double émission sanguine, et c'est immédiatement après que des sangsues ont été appliquées que commence la seconde période, caractérisée par une apparence d'état adynamique. Cependant on revient encore à une troisième émission sanguine. Après l'application de quelques sangsues au cou, l'intelligence reprend, à la vérité, plus de netteté, mais les autres symptômes persistent, et quelques-uns s'aggravent. Divers moyens sont alors tentés (*vésicatoires, poudre de Dower, calomélas à dose purgative*). Aucun changement n'a lieu : le malade prend un peu de bouillon et de vin. Enfin, en même temps que s'établit spontanément une sueur abondante, on observe une amélioration franche, qui augmenta les jours suivants.

Les sueurs eurent lieu chez cet individu à trois différentes époques de la maladie, le septième, le quatorzième et le dix-huitième jour. La sueur du septième jour ne fut suivie d'aucun soulagement. Celle du quatorzième jour fut précédée des symptômes les plus graves, et accompagnée d'une amélioration qui ne fut malheureusement que passagère. La sueur du dix-huitième jour coïncida, comme la précédente, avec un amendement sensible des symptômes; mais cet amendement fut durable, dès lors la maladie marcha vers une terminaison heureuse.

CXXXIIIe OBSERVATION (1).

Symptômes de fièvre ataxique. Délire dès le début; alternatives d'excitation forte et de prostration profonde, de paralysie et de contraction des membres, d'abolition de la sensibilité et de son exaltation; langue rouge et sèche, diarrhée par intervalles; parotide. Application de deux cent dix sangsues en onze jours; bains tièdes; réfrigérants sur la tête; sinapismes, boissons délayantes.

Angélique Guichard, âgée de 23 ans, fille, demeurant passage de la Trinité, no 57, et travaillant chez un doreur sur bois, fut reçue l 10 septembre 1828, à l'hôpital de la Charité.

---

(1) Recueillie par M. Dalmas, dans les salles de M. Fouquier, pendant que nous y faisions le service.

Cette fille, d'une taille au-dessus de la moyenne, bien conformée, brune et d'un embonpoint médiocre, était hors d'état de rien nous apprendre sur les circonstances antécédentes; les personnes qui l'amenaient ne les connaissaient pas, de sorte que les causes qui pouvaient avoir agi sur elle restèrent ignorées ; plus tard on sut qu'elle était à Paris depuis onze ans, qu'elle était habituellement bien réglée, que, vivant et travaillant dans un bon air, elle ne manquait d'aucune des choses nécessaires à la vie.

Dès le début il paraît y avoir eu perte de connaissance ou délire, car la malade ne se rappelle aucun des médicaments qui lui ont été administrés pendant qu'elle était chez elle. Cependant elle avait été saignée ; et on lui avait appliqué des sangsues et des vésicatoires.

Le 11 septembre, à la visite du matin, elle présentait les symptômes suivants : coucher en supination ; affaissement moral ; réponses à peu près nulles ; inertie musculaire ; assise sur son séant, elle retombe en arrière ; les pupilles sont égales, mais petites ; paupières à demi fermées ; peau chaude ; moiteur générale ; pouls fréquent et large ; langue rouge, un peu sèche ; ventre indolent, point de selles depuis l'admission dans la salle. (*Trente sangsues à l'épigastre; orge gommée, lavement émollient; diète absolue.*)

Le 12, la malade entend assez ce qu'on lui dit pour donner le bras quand on le lui demande, mais elle ne peut le soutenir quand on le lâche. Le regard est fixe et le visage sans expression : soubresauts dans les tendons ; on remarque, en pinçant la peau, que la malade ne paraît point le sentir, et cela d'un côté comme de l'autre. Le pouls est petit, moins fréquent que la veille ; même état de la langue et du ventre, plusieurs selles ont eu lieu pendant la nuit. (*Trente sangsues à l'épigastre; eau d'orge et de gomme; lavement de pavot.*)

Le 13, somnolence et prostration complète ; couleur terne du visage : la flexion forcée des membres paraît douloureuse ; même insensibilité cutanée ; le pouls a perdu sa fréquence et paraît tombé à soixante-quinze ou soixante-dix pulsations, la chaleur générale a aussi beaucoup diminué, excepté sur l'abdomen, qui est cependant insensible à une pression modérée. Dans la journée contracture du bras droit. (*Deux bains tièdes avec affusion d'eau froide, application de glace sur la tête; dans l'intervalle, sinapismes aux extrémités inférieures, même boisson; des sangsues sur le trajet des veines jugulaires sont ordonnées, mais elles ne sont point appliquées.*)

Le 14, même état ; contracture très-prononcée des deux bras. (*Quinze sangsues de chaque côté du cou, le reste* ut suprà.)

Le 15, la contracture n'a plus lieu que dans le bras droit, les soubresauts des tendons ont cessé. (*Même prescription, moins les sangsues.*)

Le 16, la sensibilité cutanée est rétablie, avec excès même, car le moindre contact est douloureux ; la langue est toujours sèche, la malade la sort mieux, et son bras, soulevé, ne retombe plus comme une masse inerte ; il n'y a plus ni contracture ni soubresauts. (*Quarante sangsues, vingt au cou, vingt à l'abdomen; orge gommée, deux bains tièdes; affusion froide; cataplasmes sinapisés.*)

Le 17, l'amendement est encore plus marqué, le visage a repris de l'expression, la malade entend et répond bien : elle se couche sur le côté, et se plaint d'une excoriation au sacrum ; elle se plaint aussi de quelques coliques ; le ventre est sensible à la pression ; depuis quatre jours il n'y a point de garde-robes ; langue toujours sèche, soif vive ; peau chaude et sèche, pouls petit et fréquent. (*Quinze sangsues sur le trajet de chaque jugulaire; deux bains; affusion.*)

Le 18, le visage est net, l'œil bien ouvert ; les facultés intellectuelles entièrement rétablies ; mouvements et sensibilité naturels ; de ce côté tout prend une bonne marche, les autres symptômes, au contraire, persistent : la langue toujours rouge et sèche, constipation, coliques, fièvre, maigreur considérable. (*Orge miellée, deux bains,*

lavement avec huile d'amandes douces, cataplasme sur le ventre; toujours diète absolue.)

Le 19, même état. (*Lavement avec miel de mercuriale.*)

Jusqu'au 22, rien de nouveau. On s'aperçoit alors que les piqûres de sangsues ont donné lieu à la formation de quelques petits abcès. Le ventre est toujours sensible; les garde-robes difficiles. (*Vingt-cinq sangsues sur la région iléocœcale, on les répète le lendemain.*)

Le 30, l'état de la malade est toujours inquiétant, la fièvre persiste. L'abdomen reste insensible; il y a des alternatives de diarrhée et de constipation; sécheresse constante de la peau. Cependant l'excoriation du sacrum guérit rapidement, et les facultés intellectuelles sont intactes. La malade se plaint de ne pouvoir dormir. (*Orge gommée, potion gommée, embrocations narcotiques sur l'abdomen.*)

Le 1er octobre, apparition d'une parotide volumineuse à gauche, côté voisin de la fenêtre. Cette tuméfaction considérable du tissu cellulaire sous-cutané et des glandes cervicales est douloureuse et chaude; les mouvements du cou, du pharynx et de la mâchoire en sont empêchés. Regardant cette parotide comme un accident fâcheux, M. Andral cherche à en arrêter sur-le-champ les progrès, et il prescrit *vingt-cinq sangsues sur la tumeur, frictions sur le ventre avec huile de camomille, demi-lavement avec une onze de miel de mercuriale.*

Les jours suivants, application de cataplasmes sur la tumeur.

Sous l'influence de cette médication, une amélioration notable se fait bientôt remarquer; peu à peu la langue s'humecte, le pouls revient tout à fait à son rhythme ordinaire; l'engorgement parotidien se résout et a presque entièrement disparu le 7 octobre.

Le 8, la malade, dont l'appétit est revenu, obtient trois vermicelles par jour.

Le 23, elle est assez forte pour se lever, et mange le quart. Enfin, le 30, elle est complétement guérie et se dispose à quitter l'hôpital.

Peu de malades nous ont offert des symptômes cérébraux aussi intenses, aussi nombreux et aussi variés que cette jeune fille. Ces symptômes existèrent à un haut degré dès le début de l'affection; ils furent toujours beaucoup plus marqués que les symptômes gastro-intestinaux, à tel point qu'on pourrait ici douter qu'il y a eu réellement dothinentérite ou autre lésion du tube digestif. Quelques coliques passagères, une diarrhée qui n'est pas constante, et qui ne survient qu'à une époque avancée de la maladie, précédée qu'elle a été par une forte constipation, tels sont les seuls signes qui annoncent l'irritation intestinale. La langue fut rouge et sèche; mais dans plusieurs des observations où la maladie s'est terminée par la mort, n'avons-nous pas vu la langue présenter ce même aspect, sans qu'à l'ouverture des cadavres on trouvât dans l'estomac non plus que dans les intestins aucune trace de lésion? Toutefois nous n'oublierons pas que dans ces mêmes cas où la maladie fut mortelle, il n'y eut souvent pendant la vie pas plus de

traces de lésion des voies digestives que dans le cas actuel, et cependant à l'autopsie nous rencontrions dans l'intestin des plaques exanthémateuses, des ulcérations, etc. Du reste, ce fut au moment où les symptômes cérébraux perdirent de leur intensité, que se dessinèrent d'une manière plus nette le petit nombre de signes qui indiquaient une irritation de l'intestin.

Parmi les symptômes nerveux nous ferons remarquer la grande inertie musculaire qui existait à l'époque de l'entrée de la malade, l'abolition de la sensibilité cutanée, et plus tard sa vive exaltation, la contracture passagère des membres thorachiques, les soubresauts dans les tendons, le délire qui exista dès le principe, et qui disparut, ainsi que les autres accidents nerveux, lorsque la langue était encore rouge et sèche, et que le mouvement fébrile ne s'était point amendé.

Remarquons du reste que la langue ne devint pas un seul instant fuligineuse, et qu'on n'observa aucune pétéchie ; remarquons surtout que l'excoriation qui eut lieu à la peau du sacrum resta légère, et ne se transforma point, comme chez tant d'autres malades, en une large escarre.

Il faut bien ne pas perdre de vue toutes ces circonstances pour pouvoir apprécier l'influence que dut exercer sur la marche de la maladie, sur sa terminaison, sur ses symptômes, le traitement antiphlogistique très-actif qui fut mis en usage. Chaque lésion prédominante d'organe fut en quelque sorte poursuivie par des applications de sangsues faites tout autour du cou, à l'épigastre, à la région iléo-cœcale, et enfin sur l'une des régions parotidiennes, lorsque vers la fin de la maladie son engorgement, loin de pouvoir être considéré comme une crise salutaire, nous fit craindre la reproduction par sympathie des accidents cérébraux. La médication fut d'ailleurs antiphlogistique dans tous ses points ; plusieurs fois nous fîmes plonger le malade dans un bain tiède, des réfrigérants furent longtemps maintenus sur le crâne, aucun vésicatoire ne fut appliqué, et les extrémités inférieures ne furent stimulées que par des sinapismes. A l'intérieur, de simples délayants furent donnés et l'on ne permit un peu de bouillon qu'après le retour de la langue à son état naturel, et la disparition complète du dévoiement et de la fièvre. Cette diète fut maintenue après tant que l'engorgement parotidien persista.

ARTICLE IV.

TRAITEMENT PAR LES TONIQUES (1).

CXXXIVe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Symptômes adynamiques ; stupeur ; langue rouge et sèche ; pétéchies. Quinquina ; vin. Amélioration pendant l'emploi de ces moyens.

Un maçon, âgé de 18 ans, chairs flasques, constitution molle, à Paris depuis cinq mois et s'y étant toujours bien nourri, est mal portant depuis un mois. Il éprouva d'abord pendant quinze jours un malaise général, des douleurs abdominales passagères, puis il cessa de travailler. Il eut encore assez de force pour venir à pied à l'hôpital. La langue était rouge, tendant un peu à se sécher, la soif modérée ; les selles étaient régulières, le ventre souple, indolent ; le pouls fréquent et faible ; la peau chaude et sèche. Quelques taches pâles, lenticulaires, existaient sur l'abdomen. (*Tisane d'orge gommée.*)

Pendant les quatre ou cinq jours suivants ce malade s'affaissa beaucoup ; un air de stupeur très-prononcé se répandit sur toute la face, qui était d'une pâleur extrême ; la peau avait peu de chaleur ; les fonctions digestives restaient dans le même état. Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes.

Le 8 août, sept jours après l'entrée du malade, on prescrivit une demi-once d'extrait mou de quinquina, délayée dans la potion gommeuse de la Charité ; une tasse de vin, un lavement de camomille.

Le même traitement fut continué jusqu'au 14. Pendant ce temps nous vîmes les forces se relever, la physionomie reprendre un bon aspect, et le pouls perdre peu à peu sa fréquence ; la langue ne rougit pas davantage ; le nombre des selles ne fut point augmenté.

Le 14, le malade était convalescent, l'on apercevait encore trois ou quatre pétéchies. Le quinquina fut supprimé ; le rétablissement fut prompt.

Un état de malaise assez long, intermédiaire entre la santé et la maladie, servit en quelque sorte de prodrome à cette affection. Lorsque le

---

(1) En comparant les observations consignées dans cet article avec celles consignées plus haut, dans lesquelles, pendant l'administration d'un traitement également tonique, la maladie s'est terminée par la mort, on voit que par ces seules observations il n'est guère possible de juger en définitive soit de l'utilité, soit du danger de ce genre de médication : pour cela, il faudrait des observations bien autrement nombreuses, et faites spécialement dans le but d'apprécier l'efficacité des diverses méthodes thérapeutiques. Dans ce genre de recherches, il faut qu'un fait se soit bien des fois répété, pour pouvoir en conclure quelque chose. Sans cela, toujours on pourra dire que nos succès comme nos revers sont l'œuvre de la nature, qui guérit ou qui tue, indépendamment de notre médication.

Les observations qu'on va lire, et qu'il faudra comparer avec celles relatives aux cas où, la même médication ayant été employée, la maladie a été mortelle, ne peuvent donc avoir d'autre but que de montrer ce qui est arrivé à un certain nombre de malades traités par les toniques.

malade se présenta à notre examen, l'état de débilité profonde dans lequel il était déjà plongé devait faire craindre, quel que fût le point de départ de la prostration, qu'un état encore plus grave ne suivît une émission sanguine. M. Lerminier crut devoir se borner d'abord à une médecine expectante; cependant la prostration augmenta de jour en jour : deux vésicatoires appliqués aux jambes furent sans résultat : ce fut alors que, malgré la rougeur de la langue, et ayant égard surtout à la stupeur, au teint pâle et livide, au défaut de chaleur de la peau, à la faiblesse du pouls, à la couleur livide des pétéchies, M. Lerminier tenta l'emploi d'une médication tonique assez active. Nous avons vu quelle amélioration coïncida avec l'emploi de cette médication.

Les pétéchies ne s'effacèrent que peu à peu ; quelques-unes existaient encore à l'époque de la convalescence.

CXXXVe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Au début, céphalalgie, symptômes de fièvre dite inflammatoire ; plus tard, symptômes nerveux ; stupeur ; selles involontaires, pétéchies. Au principe, émissions sanguines et diète ; puis quinquina et bouillons, amélioration pendant l'emploi de ces moyens.

Un menuisier, âgé de vingt-deux ans, n'habitant Paris que depuis trois mois, cheveux châtains, peau blanche, muscles grêles, ressentit, sans cause connue, le 16 juillet, un grand mal de tête. Les jours suivants, persistance de la céphalalgie, douleur à l'épigastre, perte d'appétit, nausées, frissons passagers, toux légère, mal de gorge, constipation. Il resta dans cet état intermédiaire entre la santé et la maladie jusqu'au 22 ; il garda le repos, et observa une diète assez sévère. Il entra le 22 à la Charité.

A la visite du 23, la face était colorée, les yeux brillants et injectés ; les paupières, appesanties, se soulevaient avec peine ; une violente céphalalgie frontale, des étourdissements, des tintements d'oreille, annonçaient un afflux considérable de sang vers le cerveau ; un enduit blanchâtre, épais, couvrait la langue; l'anorexie était complète et la soif peu vive. L'abdomen était le siége d'une douleur générale qui augmentait par l'ingestion des boissons. — La veille, il y avait eu une selle pour la première fois depuis six jours ; le pouls était fréquent et plein, la peau chaude, halitueuse ; une toux légère existait.

Cet ensemble de symptômes inflammatoires était assez fortement prononcé pour qu'une émission sanguine fût indiquée. (*Saignée de trois palettes, petit-lait tamariné, lavement émollient, diète absolue.*) Le sang tiré de la veine se rassembla en un large caillot sans couenne.

Les trois jours suivants, il n'y eut aucun changement sensible; une selle toutes les vingt-quatre heures.

Dans la nuit du 26 au 27, plusieurs selles liquides eurent lieu, précédées de légères coliques. Le 27, le ventre était un peu balonné et douloureux ; la toux, très-légère les jours précédents, était devenue plus forte et plus fréquente ; la respiration était courte, la parole un peu haletante ; l'expectoration était purement catarrhale : l'auscultation et la percussion n'apprenaient rien ; la chaleur de la peau était peu considérable, et la fré-

quence du pouls médiocre ; quelques taches arrondies, lenticulaires, d'une couleur assez analogue à celle de la rouille de fer, paraissant un peu saillantes au toucher, étaient éparses sur le thorax et sur l'abdomen. (*Douze sangsues à l'anus*, *tisane d'orge*, *potion gommeuse.*)

Le lendemain, la respiration était plus libre, la toux plus rare ; la douleur abdominale avait disparu après l'application des sangsues; les taches s'étaient multipliées, la soif était vive, les lèvres se séchaient ; dix à douze selles avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures.

Le 29, la langue rougissait, pour la première fois, sur les bords et à la pointe ; le pouls, très-fréquent, présentait comme deux temps à chaque battement (*Douze sangsues à l'anus.*)

Le 30, le malade avait un air soucieux et distrait; ses yeux paraissaient peu en rapport avec les objets environnants ; la mâchoire inférieure exécutait de temps en temps des mouvements latéraux. Lorsqu'on interrogeait le malade, l'on observait une mobilité extrême dans ses idées ; il semblait être dans un état voisin du délire. Il avait eu deux ou trois selles involontaires ; la langue avait repris un aspect entièrement naturel ; les taches, confluentes sur le thorax et sur l'abdomen, s'étaient étendues au cou et aux bras. (*Deux vésicatoires aux jambes*, *tisane d'orge*, *lavement émollient*, *un bouillon.*)

Le 31, les facultés intellectuelles avaient repris leur netteté ; cependant l'air distrait persistait ; du reste, même état.

Le 1er août, air de stupeur, diminution de la diarrhée ; dans la journée, le malade parla souvent tout seul, et tint des propos incohérents ; la peau , brûlante, restait constamment sèche.

Le 2 août, augmentation de la stupeur, idées très-obtuses, perte de mémoire, parole embarrassée, comme si la langue était sèche ; cependant elle était humide, vermeille comme dans l'état de santé ; trois ou quatre selles liquides, peu abondantes, avaient eu lieu ; le pouls se déprimait facilement ; il conservait d'ailleurs le même caractère. L'éruption confluente couvrait l'abdomen, le thorax et le cou ; il n'y avait plus de taches aux bras. (*Continuation des tisanes délayantes.*)

Du 3 au 6, la stupeur, l'affaissement des traits, l'affaiblissement de l'intelligence firent de sensibles progrès ; les autres symptômes restèrent les mêmes.

Le 7, le malade prit, pour la première fois, une demi-once d'extrait de quinquina dans une potion gommeuse.

8 et 9, même état, même prescription.

Le 20, une pinte d'infusion aqueuse de quinquina fut ajoutée à la prescription, trois bouillons.

Du 10 au 13, le dévoiement cessa, une selle dure eut lieu toutes les vingt-quatre heures; la langue avait le plus bel aspect, le ventre était souple et indolent; les facultés intellectuelles reprirent leur énergie, l'air de stupeur disparut, les taches s'effacèrent, et, là où elles avaient existé, l'on observait une desquamation de l'épiderme ; le pouls devint moins fréquent. Cet heureux changement eut lieu pendant l'administration des toniques.

Le 14, le pouls avait perdu entièrement sa fréquence, et la peau sa chaleur. Dès ce moment le malade put être regardé comme étant en convalescence. L'extrait de quinquina fut supprimé ; mais son infusion aqueuse fut continuée encore pendant huit à dix jours. Le malade quitta l'hôpital, très-bien portant, le 1er septembre.

Cette observation fournit un exemple d'une éruption pétéchiale très-

confluente et très-étendue; rarement on en rencontre de semblables. Elle apparut en même temps que les symptômes ataxo-adynamiques, et se flétrit à mesure que ceux-ci diminuèrent. La desquamation de l'épiderme, qui marqua la fin de cette éruption, lui donne quelque trait d'analogie avec la rougeole ou la scarlatine.

Lorsque le malade entra à la Charité, il eût été bien difficile, je pense, de dire d'une manière positive si un organe était en particulier plus lésé que les autres. Il semblait que l'encéphale, les poumons, les viscères abdominaux, fussent tous en quelque sorte dans l'imminence de l'inflammation. Au milieu de ce bouleversement général de toute l'économie, le sentiment de la faim pouvait être sans doute annéanti sans que cette anorexie prouvât l'inflammation de l'estomac. Une émotion morale vive produit le même effet, et le dérangement du système nerveux l'explique suffisamment.

Quoi qu'il en soit, cet ensemble de symptômes inflammatoires fut combattu par une saignée générale. Trois jours se passèrent sans qu'aucun amendement eût lieu. Au bout de ce temps une diarrhée légère s'établit. Alors c'est vers les organes thorachiques qu'une congestion plus active tend à s'opérer, et en même temps des pétéchies apparaissent. Des sangsues sont appliquées à l'anus; les symptômes de congestion pulmonaire disparaissent, mais le dévoiement devient plus abondant, et bientôt la langue rougit. Une deuxième application de sangsues est prescrite; le lendemain la scène a changé. Ce sont surtout les symptômes nerveux qui prédominent, et la langue a repris un aspect naturel, qu'elle conserve jusqu'à la fin de la maladie. Mais ce retour de la langue à l'état normal n'empêche pas la maladie de s'aggraver de plus en plus. Combien est remarquable cette rapide succession de symptômes, et surtout ce singulier mélange d'excitation et de faiblesse? Les symptômes nerveux s'amendèrent à la suite de l'application des vésicatoires aux jambes; mais bientôt ces symptômes reparurent avec plus d'intensité, et l'état ataxo-adynamique devint de plus en plus prononcé. Combattus par une médication tonique, les symptômes qui caractérisent cet état disparurent, pendant que le quinquina était administré, et en même temps aussi le dévoiement cessa.

CXXXVIe OBSERVATION.

Céphalalgie; langue rouge: émétique. Les jours suivants, diarrhée, stupeur, etc. Langue blanche. Quinquina; amélioration pendant son emploi.

Un cordonnier, âgé de 26 ans, avait depuis huit jours une forte céphalalgie sus-orbitaire lorsqu'il entra à la Charité. La langue était rouge, la soif vive, le ventre indolent. Aucune selle n'avait eu lieu depuis six jours. Le pouls était fréquent et plein, la peau moite. Un simple traitement délayant paraissait être ici indiqué. Cependant M. Lerminier tenta l'administration d'un vomitif. (*Deux grains d'émétique dans une pinte d'eau de veau.*) Beaucoup de bile jaune fut vomie; six selles aqueuses eurent lieu. Le lendemain, nous trouvâmes la langue moins rouge; du reste même état. Le malade se plaignait beaucoup de céphalalgie. (*Tisane d'orge oxymellée, lavement de guimauve, deux bouillons.*)

Du 1er au 5 novembre, aucun changement notable n'eut lieu. Le 5, un léger dévoiement s'établit.

Le 6, la diarrhée avait augmenté. La face présentait un air de stupeur remarquable. L'intelligence était engourdie; les mouvements ne se faisaient qu'avec difficulté. Deux sinapismes furent appliqués aux extrémités inférieures.

Le 7 et le 8, accroissement de la prostration. Le pouls était faible; le dévoiement s'était suspendu, la langue avait perdu sa rougeur, un léger enduit blanchâtre la recouvrait.

Le malade prit dans la journée une pinte d'infusion aqueuse de quinquina. Ce médicament fut continué jusqu'au 14. Alors les forces étaient relevées; l'intelligence était redevenue nette; l'on n'observait plus qu'une fièvre très-modérée. La langue avait pris une belle couleur vermeille; les selles étaient comme dans l'état de santé. Les jours suivants, convalescence.

Ce malade est du petit nombre de ceux chez lesquels nous avons vu la rougeur de la langue diminuer après l'administration d'un vomitif. Au bout de quelques jours, pendant lesquels le malade ne prit que quelques tisanes adoucissantes, cette rougeur disparut complétement; mais en même temps il survint de la diarrhée, et des symptômes adynamiques se déclarèrent (1). C'est alors que le quinquina fut donné; et nous vîmes, pendant qu'il était administré, la prostration disparaître, le dévoiement cesser, la fièvre diminuer.

---

(1) Ce cas semble se rapprocher de ceux que nous avons signalés plus haut, et dans lesquels l'administration d'un vomitif, qui paraît être d'abord suivie d'un amendement de quelques symptômes, produit cependant dans le tube digestif un désordre que les symptômes ne révèlent qu'un peu plus tard.

CXXXVIIe OBSERVATION.

Au début, signes de congestion cérébrale avec fièvre ; plus tard, prostration, pétéchies, langue brune, diarrhée ; parotide. Sangsues ; vésicatoires ; quinquina, vin, etc.

Un ébéniste, âgé de 73 ans, reçut une pluie abondante le 7 juin. Rentré chez lui, il se coucha et éprouva bientôt un grand frisson, qui fut suivi d'une forte chaleur. Les jours suivants, alternatives de froid et de chaud, anorexie, faiblesse générale. Le huitième jour, il entra à la Charité, et présenta l'état suivant :

Céphalalgie, face colorée, tendance à l'assoupissement, parole embarrassée ; langue humide, blanchâtre, ventre souple et indolent, une selle; pouls fréquent. (*Huit sangsues derrière chaque oreille, sinapismes aux pieds, lavement de camomille avec addition de trois onces de miel mercurial. Tisane d'orge.*)

Le lendemain, 16 juin, même état. (*Vésicatoires aux jambes.*) Le 17, prostration plus grande, coma, réponses lentes, pénibles ; même état des voies digestives, deux ou trois selles à la suite du lavement.

18. Air de stupeur très-prononcé ; pétéchies sur la partie antérieure de la poitrine ; langue humide, brunâtre, léger dévoiement; pouls petit et fréquent, peau chaude. (*Décoction de polygala gommée, limonade minérale, deux bouillons, sinapisme.*)

Du 19 au 21, même état. (*Une once de polygala et une demi-once de quinquina, pour une pinte de décoction; deux onces de vin de quinquina, eau d'orge; limonade minérale.*)

Du 21 au 27, on aperçut chaque jour une légère amélioration ; les pétéchies disparurent, l'enduit brunâtre de la langue s'effaça ; les facultés intellectuelles reprirent leur netteté ; les traits de la face revinrent à leur état normal; le même traitement fut continué.

27. Apparition d'une parotide à droite. Le 28, elle avait acquis un grand développement. Elle était dure, sensible au toucher, la peau qui la couvrait était rouge. Alors la fièvre augmenta, et la langue se sécha de nouveau. (*Cataplasme émollient sur la tumeur.*)

29. Rien de nouveau.

30. Délire dans la nuit.

Pendant les cinq premiers jours de juillet, la parotide acquit un volume énorme. En même temps prostration, sécheresse et couleur brune de la langue ; pouls très-fréquent, misérable, peau peu chaude. (*Décoction d'une once de quinquina et d'une once de serpentaire de Virginie acidulée avec de l'eau de Rabel, quatre onces de vin de quinquina, limonade minérale, deux tasses de vin, trois bouillons. Emplâtre de Vigo sur la tumeur.*)

Le 6, la tumeur s'ouvrit spontanément : beaucoup de pus s'écoula. Le 8, l'ouverture fut agrandie par une incision. Le 9 et le 10, la tumeur diminua rapidement de volume ; la fièvre cessa. Des crachats formés d'un mucus verdâtre épais furent expectorés pour la première fois. (*Même prescription.*)

Les jours suivants, la suppuration se tarit peu à peu ; les forces se relevèrent promptement, le malade quitta l'hôpital très-bien portant, le 13 juillet.

Lorsque ce malade entra à la Charité, nous observâmes une forte congestion vers la tête que des émissions sanguines dissipèrent. Aucun

autre symptôme local n'existait. Cependant des symptômes adynamiques survinrent. Les progrès en furent rapides, et le pronostic pouvait être considéré comme très-fâcheux, lorsque l'on commença à administrer les toniques. Pendant leur emploi une amélioration sensible eut lieu, et le malade touchait presque à sa convalescence, lorsqu'une énorme parotide se manifesta. Tant qu'elle s'accrut, l'on vit les symptômes adynamiques reparaître et augmenter avec elle. Ces symptômes disparurent, et la fièvre cessa dès que la tumeur en pleine suppuration commença elle-même à diminuer. Une médication éminemment tonique fut continuée pendant tout ce temps. Au moment où le pouls perdit sa fréquence, l'on observa une expectoration abondante, que les anciens eussent régardée comme critique (1).

CXXXVIIIe OBSERVATION.

Au début anorexie et diarrhée. Stupeur, délire ; langue rouge; pétéchies ; application de sangsues : amendement. Réapparition des symptômes ataxo-adynamiques à la suite d'une erreur de régime : gangrène des vésicatoires; abcès ; persistance de la diarrhée après la cessation de la fièvre. Toniques.

Un homme de 34 ans, fortement constitué, à Paris depuis un an, se nourrissant bien, et ne se livrant à aucun excès, sentit un malaise général et perdit l'appétit le 18 avril 1822. Les jours suivants, augmentation du malaise, lassitudes spontanées, léger dévoiement.

Le 25 avril, jour de l'entrée du malade à la Charité, la face, fortement injectée, présentait en même temps un air de stupeur qui annonçait une maladie grave. La nuit, il y avait eu du délire. Des pétéchies existaient en grand nombre sur la poitrine; elles étaient plus rares sur l'abdomen. La langue était rouge; deux selles liquides avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures; le ventre était souple et indolent, la fièvre était surtout annoncée par la chaleur brûlante de la peau; le pouls n'était que médiocrement fréquent.

Il y avait à combattre chez ce malade : 1o la tendance du sang à se porter vers la tête; tendance annoncée par le délire de la nuit, la vive rougeur des yeux et de la face, la stupeur commençante. (*Vingt-quatre sangsues furent appliquées au cou.*)

2o L'irritation intestinale annoncée surtout par le caractère des déjections. (*Douze sangsues à l'anus.*)

Cette double émission sanguine devait en même temps modérer la fièvre, quelle qu'en fût la cause.

Les sangsues du cou saignèrent très-abondamment. Cependant le soir et toute la nuit le malade délira. Dans la matinée du 26, l'intelligence était nette, l'expression de la face semblait plus naturelle; la langue avait perdu sa rougeur; les pétéchies avaient en grande partie disparu; une seule selle assez consistante avait eu lieu; la fièvre était

---

(1) Nous avons noté une expectoration semblable chez l'individu qui fait le sujet de l'observation CXXXI.

peu intense. M. Lerminier prescrivit pour le soir l'application de deux sinapismes aux jambes, dans le but de détourner du cerveau l'irritation périodique dont ce viscère semblait chaque nuit devenir le siége. (*Tisanes adoucissantes.*)

Le délire fut en effet beaucoup moins considérable.

Le 27, pétéchies plus nombreuses, augmentation du dévoiement. (*Sinapisme le soir*), pas de délire. Le 28, même état. (*Trois bouillons.*)

Dans la soirée du 28, le malade se procura des aliments. Le 29, la langue était rouge et sèche, la diarrhée plus considérable : l'air de stupeur avait reparu, la fréquence du pouls avait augmenté, mais il se déprimait très-facilement ; la tendance à l'adynamie était évidente. Bien que l'exaspération de la phlegmasie des voies digestives, sous l'influence d'une erreur de régime, parût être la cause de la récrudescence des symptômes, fallait-il tenter encore une émission sanguine? Fallait-il ne pas prendre en considération la diminution des forces, dont l'extrême faiblesse du pouls semblait attester la réalité? M. Lerminier ne pensa pas qu'une nouvelle saignée fût convenable ; il fit appliquer deux vésicatoires aux jambes.

Le 30, la langue avait repris son humidité.

Les trois premiers jours de mai, elle se sécha de nouveau ; la prostration alla en augmentant ; les évacuations alvines étaient involontaires ; le pouls ne se relevait pas ; les taches pétéchiales persistaient ; l'intelligence se conservait intacte. (*Tisane d'orge, sinapismes, deux ou trois bouillons, quelques cuillerées de vin.*)

Le 4, *infusion aqueuse de quinquina édulcorée avec le sirop de coing*. Du 5 au 12, continuation de ce médicament. Pendant ce temps, l'on vit les forces se relever ; le dévoiement se modérer, les traits de la face se rétablir dans leur état normal, la langue et les lèvres devenir humides et vermeilles, les dents se dépouiller de l'enduit fuligineux qui les recouvrait, le pouls devenir plus fort et moins fréquent, les pétéchies disparaître.

Le 17, le malade avait à peine de la fièvre ; il n'avait eu qu'une seule selle depuis vingt-quatre heures ; mais les vésicatoires avaient une surface grisâtre et tendaient à se gangréner. On les couvrit de poudre de quinquina ; cette écorce fut continuée à l'intérieur jusqu'au 22. Les vésicatoires ne tardèrent pas à reprendre un aspect vermeil et furent séchés. Le malade était d'ailleurs très-bien. A cette époque l'on s'aperçut que trois petits abcès existaient à l'union de la fesse droite et de la cuisse ; ils furent ouverts ; une grande quantité de pus de bonne nature s'en écoula. Le 28, les plaies qui avaient résulté de leur ouverture étaient cicatrisées. Cependant le pouls conservait toujours une légère fréquence qui semblait survivre à toute lésion locale. Dans la nuit du 28 au 29, une sueur très-abondante se manifesta. Jusqu'à cette époque la peau était constamment restée dans un état de sécheresse remarquable. Le 29, le petit mouvement fébrile des jours précédents n'existait plus. Le 30, il n'y eut pas de sueur, mais une diarrhée modérée s'établit ; elle persista jusqu'au 3 juin. La convalescence n'en fit pas moins des progrès rapides. Le malade sortit le 5 juin.

Le malade qui fait le sujet de l'observation précédente fut traité par la méthode antiphlogistique, tant que persistèrent les signes généraux d'excitation. Cette méthode fut d'abord couronnée de succès. Une rechute eut lieu à la suite d'une erreur de régime. Des vésicatoires appliqués alors parurent opérer sur l'irritation intestinale une révulsion utile, mais ils n'empêchèrent pas la faiblesse d'augmenter. Dès que

celle-ci devint le symptôme prédominant, le quinquina fut administré. Au moment où l'on commença à donner l'écorce du Pérou, le malade était dans un état très-grave, et pendant l'administration du quinquina tous les symptômes alarmants disparurent. La gangrène semblait être au moment de frapper la surface des vésicatoires, lorsqu'on essaya une médication tonique; la couleur brune qui pouvait la faire craindre disparut pendant l'emploi intérieur et extérieur du quinquina.

Tant de fois, cependant, en pareille circonstance, nous avons vu ce genre de médication ou échouer, ou être nuisible, que jusqu'à plus ample informé nous nous contenterons, dans ce cas comme dans plusieurs autres, de faire ressortir la coïncidence de l'emploi du traitement tonique et de l'amendement des symptômes, sans rechercher le rapport de causalité de ces deux faits.

Voyez toutefois combien ont été publiées d'observations sur les heureux résultats de l'emploi du quinquina dans les fièvres graves. S'il suffisait de compter les faits pour décider une question, nous ne serions pas peu embarrassés, car nous trouverions au moins autant de ces faits en faveur de l'emploi du quinquina qu'en faveur des émissions sanguines. Lisez, par exemple, de Haën, voyez combien de faits il rapporte, où disparaissent, sous l'influence de ce médicament, les pétéchies, la prostration, les déjections involontaires, le délire, les mouvements convulsifs, les soubresauts des tendons, l'irrégularité du pouls, la chaleur âcre de la peau, etc.

Indépendamment du traitement, cette observation peut encore servir à notre instruction par quelques-uns des phénomènes que présenta la maladie.

Pendant tout le cours de la maladie, la peau se maintint toujours très-sèche. Aucun phénomène appelé critique n'avait eu lieu, lorsque déjà la convalescence semblait commencer. Cependant le pouls conservait une fréquence qui paraissait annoncer que la maladie n'était pas encore jugée. Alors apparurent plusieurs abcès que les anciens n'auraient pas hésité à considérer comme critiques. Ils auraient trouvé dans ce cas la confirmation d'une opinion d'Hippocrate qui regardait comme très-favorables les abcès qui se forment vers la fin des maladies aiguës, surtout lorsqu'ils ont leur siége aux extrémités inférieures.

Les anciens disaient aussi que les abcès ne se manifestaient le plus souvent qu'après les autres crises, lorsque celles-ci avaient été insuffisantes ou incomplètes. Ici, au contraire, ce fut le premier phénomène

qui apparut : la rapidité de leur développement et de leur terminaison eût été regardée comme le signe d'une crise heureuse.

A peine ces abcès étaient-ils fermés, que la peau se couvrit pour la première fois d'une sueur abondante, et ce fut seulement à la suite de cette nouvelle crise que le pouls perdit tout à fait sa fréquence. Cette sueur apparut vers le quarantième jour. Ce fait isolé serait propre à confirmer l'assertion d'Huxham, qui assurait n'avoir jamais vu aucune fièvre grave parfaitement jugée avant qu'il ne fût survenu une sueur plus ou moins abondante. Mais dans combien d'autres cas n'avons-nous pas constaté une terminaison heureuse et complète dans ces maladies, sans qu'aucune sueur eût apparu? C'est comme un troisième mouvement critique que les médecins des siècles précédents auraient considéré la diarrhée qui se manifesta le 30 mai, deux jours après l'apparition de la sueur. Guidés par l'ensemble des circonstances favorables qui précédèrent, accompagnèrent et suivirent l'établissement de cette diarrhée, ils l'auraient indubitablement respectée. La première des observations particulières placées par Rœderer et Wagler à la suite de leur histoire générale de la fièvre muqueuse, nous offre l'exemple bien tranché d'une fièvre continue qui cessa le quatorzième jour, en même temps qu'un flux de ventre s'établit; dès ce moment le mouvement fébrile ne reparut plus.

Les pétéchies qui existaient lors de l'entrée du malade disparurent en grande partie à la suite des émissions sanguines. La disparition de ces taches coïncida avec une amélioration sensible des symptômes généraux et locaux; et lorsque le lendemain elles se montrèrent de nouveau, leur réapparition ne sembla pas exercer la moindre influence.

CXXXIXe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Au début, diarrhée avec fièvre rémittente ; langue rouge et sèche. Emploi, dans la même journée, de la saignée et de l'émétique. Après celui-ci, disparition de la diarrhée et retour de la langue à son état naturel ; mais épistaxis abondante, et prostration de plus en plus grave : médication tonique. Guérison.

Un Auvergnat, âgé de 23 ans environ, à Paris depuis quelques mois seulement, fut pris, sans cause connue, le 8 octobre 1822, de frisson, de colique et d'une diarrhée abondante. A dater de ce jour jusqu'au 24, le dévoiement persista. Soumis alors à notre examen, il nous raconta qu'il avait chaque soir des frissons auxquels succédait pendant la nuit une légère moiteur. Pendant le jour il se sentait brûlant. Il avait sept à huit selles en vingt-quatre heures. Lorsque nous le vîmes, il paraissait accablé. La vive

rougeur de ses joues contrastait avee la teinte jaune du pourtour des yeux, des lèvres et du nez. La langue, couverte d'un enduit blanchâtre et d'un rouge vif à sa pointe, tendait à se séeher ; le ventre était souple et indolent ; le pouls fréquent, assez plein, la peau chaude. M. Lerminier prescrivit une saignée de trois palettes ; et quatre heures après, un grain d'émétique et dix grains d'ipécacuanha, la tisane d'orge.

Le sang se rassembla en un large eaillot, mou, sans couenne. Le malade vomit peu ; il alla sept fois à la selle. Le soir, il n'eut pas de frisson et dormit bien.

Le lendemain 25, la langue était humide et vermeille, la fièvre très-modérée, l'aspect de la faee excellent. Dans la journée aucune selle n'eut lieu ; mais une abondante épistaxis. (*Tisane d'orge gommée*, *deux bouillons*.)

Jusqu'au 31, le malade eut chaque matin une hémorragie nasale copieuse ; d'ailleurs, fièvre légère, langue à peu près naturelle, selles seulement par les lavements, mais affaiblissement progressif ; teinte terreuse de la faee, tendance à l'adynamie. (*Traitement émollient, quelques bouillons.*)

Le 1er novembre, air de stupeur, surdité légère, intelligence obtuse, épistaxis comme les jours précédents. M. Lerminier prescrivit l'*infusion aqueuse de quinquina, la tisane d'orge vineuse*, *des sinapismes aux jambes*.

Du 2 au 6, prostration de plus en plus grande, immobilité des traits, surdité complète, teinte livide de la face, épistaxis, pouls petit, plus fréquent ; peau ehaude ; langue blanehe, humide, un peu rouge sur ses bords ; constipation. (*Infusion aqueuse de quinquina, tisane d'orge vineuse, deux onces de vin de quinquina*, *lavement de camomille avec un scrupule de camphre*, *frictions aromatiques sur les membres*.)

A dater du 7, l'aspeet de la face commença à devenir un peu meilleur, la surdité diminua, le pouls se releva et perdit en même temps sa fréquenee, l'épistaxis eessa. Le 15, le malade était en pleine convaleseence. Les toniques furent continués jusqu'au 18.

Chez ce malade il y eut dès le principe des signes évidents d'irritation intestinale. Lorsque nous le vîmes, il présentait cet ensemble de symptômes dout Pinel aurait fait une maladie particulière sous le nom de fièvre bilieuse inflammatoire ; une saignée fut pratiquée, et le même jour on donna un vomitif. La langue était rouge, avec tendance à la sécheresse, au moment où l'émétique fut administré ; le lendemain cette rougeur n'existait plus, et les jours suivants la diarrhée cessa. C'est ce que nous avons déjà vu arriver dans un certain nombre de cas précédemment rapportés. Cependant ce vomitif avait-il fait un bien réel, ou la maladie n'avait-elle pas simplement changé de forme, et n'était-elle pas plus grave qu'auparavant ? C'est ce qui malheureusement avait lieu. Voyez, en effet, comment, malgré le retour de la langue à son aspect normal et malgré aussi la cessation de la diarrhée l'état adynamique se prononça de plus en plus. Quelle en était la cause ? Il n'y avait plus aucun signe d'irritation gastro-intestinale ; mais chaque jour d'abondantes épistaxis avaient lieu : étaient-elles la cause de la pros-

tration? n'en étaient-elles pas, au contraire, un des phénomènes ou des effets.

Quoi qu'il en soit, c'est au milieu des progrès croissants de l'adynamie que les toniques commencèrent à être administrés. D'abord on ne retira aucun avantage de leur emploi : loin d'y renoncer, M. Lerminier en donna de plus énergiques, et ce fut pendant que le malade prenait du vin, du camphre, du quinquina sous toutes les formes, que les symptômes graves qu'il présentait se dissipèrent; ce fut pendant un pareil traitement qu'il revint à la santé. C'est aussi lorsque ce traitement eut été commencé que l'épistaxis cessa (1).

CXLe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Diarrhée au début; stupeur; symptômes adynamiques; désaccord de l'état à peu près naturel de la langue avec la gravité des autres symptômes. Toniques : cessation de la diarrhée; amélioration. Sueur; éruption de sudamina : guérison.

Un Savoyard, âgé de 18 ans, faiblement constitué, à Paris depuis six semaines, fut apporté à l'hôpital dans une sorte d'état qui ne nous permit d'obtenir de lui aucun renseignement sur son état antécédent. Nous apprîmes seulement qu'il avait du dévoiement depuis huit jours. Face pâle, pouls fréquent, assez résistant. (*Huit sangsues derrière chaque oreille, deux vésicatoires aux jambes, embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre, orge gommée.*)

Le lendemain 23 octobre, le coma n'existait plus, mais le malade semblait comme hébêté. Il regardait fixement celui qui l'interrogeait, sans lui répondre. Langue blanche, humide; cinq ou six selles dans le lit; même état du pouls. (*Deux tasses d'infusion aqueuse de quinquina, sinapismes aux jambes.*)

Le 24, à force de presser le malade, l'on obtint de lui quelques réponses courtes et justes (*Même prescription.*)

Les jours suivants, les forces se relevèrent peu à peu, la diarrhée se modéra, puis cessa entièrement.

Le 2 novembre, des sueurs abondantes se manifestèrent, et le lendemain la peau de l'abdomen et du thorax était couverte de nombreux *sudamina*; ils disparurent le 5

---

(1) La manière dont les toniques furent administrés est ici digne de remarque. Loin de les abandonner, parce qu'ils ne furent d'abord suivis d'aucun amendement, on les continua avec la plus grande énergie. Nul doute que pour arriver à connaître les effets de ce genre de médication, il faut agir ainsi. Essayer timidement quelque faible dose de quinquina et se hâter de le suspendre dès qu'on n'obtient immédiatement aucun bon résultat, c'est courir le risque des inconvénients des toniques, sans pouvoir en obtenir les avantages. Que dirait-on d'un médecin qui proscrirait les émissions sanguines parce que dans une méningite, par exemple, il se serait contenté d'appliquer trois ou quatre sangsues au cou, et qu'il n'aurait rien vu d'avantageux en résulter? Je ne prétends pas décider en définitive de l'utilité de la méthode stimulante; mais ce que je dis, c'est que, pour la juger, il faut au moins l'expérimenter convenablement.

Alors seulement le pouls perdit tout à fait sa fréquence; le quinquina avait été continué jusqu'à cette époque.

Chez ce malade, comme chez tant d'autres, c'est encore par une diarrhée que débute l'affection. A l'époque de l'entrée du malade, le symptôme le plus saillant et le plus grave, c'est un état comateux qui se dissipe après qu'on a appliqué des sangsues aux oreilles et des révulsifs aux extrémités. Mais il reste un air de stupeur, une prostration considérable : on emploie les toniques; pendant qu'ils sont administrés, la diarrhée cesse, les forces se relèvent, et à la suite d'une sueur abondante qui présente tous les caractères d'un phénomène critique, la santé se trouve rapidement rétablie.

Pour les partisans du traitement tonique comme pour ses adversaires, il y a certainement profit à méditer de pareils faits, quelle que soit l'interprétation qu'on leur donne.

CXLI^e OBSERVATION.

Symptômes de fièvre adynamique; boissons émollientes; vésicatoires; prostration de plus en plus grande, langue noire, etc. Administration des toniques : amendement subit; guérison.

Un homme de 20 ans environ, entra à l'hôpital dans les derniers jours du mois d'octobre 1822. Alors il était déjà plongé dans un haut degré de prostration : face livide, yeux éteints, intelligence obtuse, langue sèche, selles involontaires, pouls fréquent et petit, peau chaude. (*Vésicatoires aux jambes; tisane d'orge gommée.*— Les jours suivants, la prostration devint de plus en plus grande; à la faiblesse des facultés intellectuelles succéda un véritable délire. (*Six paquets de camphre et de nitre, deux nouveaux vésicatoires aux cuisses.*)

Le 3 novembre, face cadavéreuse, langue couverte d'un enduit fuligineux, ainsi que les lèvres et les dents; ventre ballonné, diarrhée peu considérable; quelques soubresauts des tendons; réponses assez justes, faites en balbutiant; mais, bientôt après, propos sans suite, désir continuel de fuir du lit; pouls faible, très-fréquent; peau sans chaleur. M, Lerminier donna, pour la première fois, une pinte d'infusion aqueuse de quinquina, avec addition d'une once de sirop de cette écorce; une tasse de vin, la limonade minérale; embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre.

Le 4, nous trouvâmes les traits de la face relevés d'une manière remarquable, l'intelligence très-nette, la langue un peu humectée. (*Même prescription.*)

Le 5 et le 6, continuation du mieux, disparition de l'enduit noir de la langue, qui reste rouge et lisse; cessation de la diarrhée; aspect de la face de plus en plus naturel. (*Même prescription, et de plus trois onces de vin de quinquina; frictions aromatiques sur les membres.*)

Les jours suivants, retour des diverses fonctions à leur état normal; cependant persistance de la fréquence du pouls, ce qui sans aucun doute devait être attribué aux

larges ulcères qui avaient succédé à la chute des escarres dont les vésicatoires des jambes s'étaient couverts. Le pouls perdit sa fréquence à mesure qu'ils se cicatrisèrent; leur cicatrisation complète se fit longtemps attendre.

L'état adynamique était déjà très-prononcé lorsque ce malade entra à la Charité. Nous vîmes sa langue noircir, son ventre se ballonner, avant qu'aucune substance tonique n'eût été administrée; tant qu'on ne donna à l'intérieur qu'une simple tisane d'orge, les symptômes ne cessèrent pas de s'aggraver; ainsi que dans beaucoup d'autres cas l'application des vésicatoires ne fut suivie d'aucun résultat avantageux, et, comme dans l'observation précédente, il y eut une remarquable coïncidence entre l'emploi du quinquina, du vin, etc., et l'amendement des symptômes. Pendant que les toniques étaient administrés, la langue se dépouilla de sa couche noire; elle s'humecta. La diarrhée cessa, le ventre redevint souple. Si l'on ne veut pas admettre qu'une amélioration aussi notable, qui suivit de si près le changement de médication, soit due à cette même médication, au moins sera-t-il bon de remarquer que le traitement tonique n'empêcha pas l'amélioration d'avoir lieu.

CXLII^e OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris; misère et grandes fatigues. Diarrhée au début. A l'époque de l'entrée, symptômes adynamiques; langue sèche; pétéchies. Lenteur du pouls. Emploi inutile des émissions sanguines et des révulsifs cutanés; aspect remarquable du sang : plus tard, retour de la langue à son état naturel; apyrexie dans la journée. Emploi des toniques. Rétablissement lent.

Un homme de 25 ans, maçon, d'une assez forte constitution, vint à Paris au commencement du mois d'avril 1822. Pendant les huit premiers jours il eut une abondante diarrhée. Ne trouvant pas de quoi s'occuper, il quitta Paris, et alla dans les campagnes chercher de l'ouvrage de ferme en ferme; il se nourrissait mal, manqua souvent du nécessaire, et fit de longues courses à l'ardeur du soleil pendant les fortes chaleurs de la fin du mois de mai. Sous l'influence de ces causes réunies, la santé de cet homme ne tarda pas à se détériorer; il éprouva d'abord tous les symptômes d'une forte courbature, puis, vers le milieu du mois de juin, il fut pris d'un grand dévoiement, qui n'a pas cessé depuis; ses forces diminuèrent de jour en jour. Il revint à Paris, et huit jours après il entra à la Charité (le 1er juillet).

Le 2, il présenta l'état suivant :

Air abattu, teinte jaune de la face, intelligence engourdie, parole pénible, décubitus sur le côté. Il se plaignait d'une grande faiblesse, d'une sorte d'énéantissement physique et moral. Un grand nombre de taches, d'un rose pâle, faisant, au-dessus du niveau de la peau, une légère saillie sensible seulement au toucher, couvraient la partie supérieure de l'abdomen et la partie inférieure du thorax; la langue d'un rouge assez

vif dans toute son étendue, était lisse et tendait à se sécher ; la soif était vive, la bouche pâteuse, le ventre souple et indolent ; une seule selle avait eu lieu depuis vingt-quatre heures (le dévoiement n'existait plus depuis huit jours) ; le pouls était médiocrement fréquent, facilement déprimable ; la peau chaude et moite. (*Saignée de trois palettes*, *eau d'orge gommée*, *lavement de lin.*)

Le sang tiré de la veine se présenta sous la forme d'un large caillot mou, sans consistance, presque diffluent, sans couenne. La nuit fut calme.

Dans la matinée du 3, l'abattement semblait moins considérable, la soif était moins vive ; les autres symptômes n'avaient ni augmenté ni diminué.

Le 4, la stupeur avait reparu plus marquée que jamais ; la langue, rouge et sèche, était tirée difficilement ; trois selles ; sueur abondante, pouls à peine fréquent, persistance des taches. (*Continuation de l'eau d'orge, lavement émollient, trois bouillons.*)

Le 5, même état. Le 6, augmentation de l'abattement général, facultés intellectuelles très-obtuses ; sécheresse de la langue, peau moite ; pouls à peine fréquent. (*Deux vésicatoires aux jambes.*)

Dans la journée, le malade se plaignit beaucoup de ses vésicatoires.

Le lendemain 7, la prostration n'avait pas sensiblement diminué, la langue s'était humectée, le pouls avait entièrement perdu sa fréquence, la peau était toujours moite, les taches s'effaçaient.

Le 8, le pouls battait à peine cinquante fois par minute, la peau avait une douce chaleur ; la langue présentait un aspect à peu près naturel ; le dévoiement n'existait plus, les taches avaient presque complétement disparu. Cependant, au milieu de cet état satisfaisant, l'air de stupeur semblait se prononcer chaque jour d'avantage, les réponses étaient lentes, embarrassées ; elles n'avaient lieu souvent que plusieurs secondes après la question. Parfois le malade semblait écouter avec une grande attention, puis, se recueillant, on eût dit qu'il cherchait à saisir le sens des paroles qui lui étaient adressées, et après cette espèce de travail il répondait. (*Un vésicatoire fut appliqué à la nuque.*)

Le soir, le pouls était un peu accéléré, et la peau couverte d'une sueur abondante.

Le 9, apyrexie complète, teinte plombée de la face, même état de l'intelligence, faiblesse musculaire portée au dernier degré. (*Infusion de quinquina, lavement de camomille, deux bouillons.*) Le malade eut, pour la première fois, la nuit, un délire complet.

A la visite du 10, nous le trouvâmes dans le même état que la veille. (*Même prescription.*) Le soir, accélération du pouls ; sueur, délire la nuit.

Le 11, dans la matinée, apyrexie, affaissement extrême ; aucun symptôme n'annonçait que les voies digestives fussent lésées. (*Même prescription, et de plus, potion gommeuse, avec addition d'une demi-once d'extrait de quinquina, une tasse de vin.*) Fièvre le soir, délire la nuit.

Les 12, 13 et 14, l'état du malade resta stationnaire. La nuit, cependant, il délira moins ; le redoublement du soir fut moins marqué. (*Même prescription.*)

Le 15, les forces commencèrent à se relever un peu, la face prit une expression plus naturelle, l'intelligence devint plus nette. Le soir, le pouls s'accéléra à peine, la peau ne se couvrit que d'une légère moiteur ; la nuit, les idées se troublèrent encore. (*Tisane d'angélique, potion gommeuse avec addition d'une demi-once d'extrait de quinquina, deux onces de vin de quinquina, cinq bouillons, un lait de poule.*)

Les jours suivants, le redoublement du soir cessa peu à peu ; les nuits devinrent calmes. Cependant ce ne fut que très-lentement que l'air de stupeur disparut tout à fait, et que le malade recouvra assez de forces pour pouvoir quitter son lit. Il continua à

prendre, pendant toute la fin du mois de juillet, de la tisane d'angélique, et le quinquina sous les formes indiquées. Il ne quitta l'hôpital qu'au commencement du mois d'août.

Les diverses circonstances qui précédèrent l'invasion de cette maladie ont dû avoir une grande influence sur son développement. Tourments de l'esprit, fatigues excessives, exposition à un soleil ardent, nourriture mauvaise ou insuffisante, telles sont les causes réunies qui produisirent d'abord les symptômes d'une forte courbature. Ces causes continuent d'agir : la muqueuse intestinale s'irrite, et une abondante diarrhée s'établit. L'irritation locale qui entretient la diarrhée devient à son tour une cause énergique d'épuisement, les forces diminuent rapidement; et lorsque le malade entre à la Charité, il présente déjà cet ensemble de symptômes graves qui constituent le typhus. Cependant un phénomène remarquable fixe notre attention. Au milieu de cet appareil formidable de symptômes ataxo-adynamiques, le pouls s'éloigne à peine de son type naturel : bientôt toute apparence d'irritation gastro-intestinale cesse entièrement; la langue a une belle couleur vermeille; les selles sont ordinaires; le matin et dans le jour, la température de la peau n'est pas sensiblement élevée : en un mot, toutes les fonctions interrogées semblent exemptes de lésion; mais ce n'est qu'un calme trompeur : les progrès toujours croissants de la stupeur, l'extrême prostration des forces, annoncent un danger imminent; la fièvre du soir, le délire de la nuit, augmentent encore la gravité du pronostic.

A l'époque de l'entrée du malade une saignée est pratiquée; l'amélioration qui lui succède n'est que passagère, et elle est bientôt suivie d'une funeste rechute. De simples tisanes délayantes sont d'abord données, des vésicatoires sont appliqués aux membres inférieurs et à la nuque, puis, à mesure que les symptômes adynamiques se prononcent, les toniques sont administrés; l'état d'intégrité apparente de la muqueuse digestive était une circonstance très-favorable pour leur emploi. Le malade délira, pour la première fois, la nuit qui suivit la première administration du quinquina : cette fâcheuse circonstance n'empêcha pas de le continuer, et d'en augmenter la dose les jours suivants. Le malade revint peu à peu et lentement à la santé, sans qu'aucun phénomène critique fût observé. Le vin de quinquina fut longtemps continué, sans qu'il en résultât aucun trouble de l'estomac.

L'apparente bénignité des symptômes, le caractère du pouls en particulier, la terminaison lente et sans crise, rapprochent assez cette maladie de la fièvre lente nerveuse d'Huxham.

CXLIIIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Diarrhée au début ; fièvre rémittente à la suite d'un refroidissement. Émissions sanguines répétées : apparition de symptômes plus graves : prostration, langue sèche et brune, soubresauts des tendons, etc. Emploi des toniques : amélioration. Pneumonie intercurrente.

Un peintre en bâtiments, âgé de 21 ans, constitution forte, tempérament sanguin, à Paris depuis trois mois, et ayant joui, depuis cette époque, d'une bonne santé, fut pris, au commencement du mois de novembre, de dévoiement, avec épreintes violentes et selles sanguinolentes. Ce cours de ventre cessa spontanément au bout de huit à dix jours. Le 26 novembre, il resta pendant trois heures dans une rue, exposé à un froid très-vif.

Le 28, céphalalgie frontale, anorexie, amertume de la bouche, brisement des membres ; pas de selle. Le soir, frisson d'une demi-heure, suivi de chaleur et de sueur pendant la nuit ; un peu de toux.

Les jours suivants, ces symptômes persistent, le ventre devient en outre un peu sensible à la pression. Le malade prit quelques bains de pieds, une infusion de tilleul et de feuilles d'oranges. Il entra le 2 décembre à la Charité.

État du 3 : céphalalgie ; face rouge, injectée ; yeux appesantis, insomnie, sentiment de lassitude générale ; bouche mauvaise, amère ; langue blanchâtre ; ventre un peu douloureux, par la pression, à la région ombilicale ; dévoiement depuis cette nuit seulement (dix à douze selles), peau en sueur, pouls fréquent, plein ; toux légère. (*Vingt-quatre sangsues à l'anus, sinapismes aux jambes, tisane d'orge gommée.*)

Le 4, même état. (*Saignée de pied; orge, lavement émollient.*)

Le 5, disparition de la céphalalgie, face rouge, langue un peu sèche et lisse, ventre ballonné, sensible à la pression dans les hypocondres ; dix selles depuis vingt-quatre heures ; pouls fréquent et plein, soubresauts des tendons. (*Huit sangsues à chaque jugulaire, deux vésicatoires aux jambes, lavement émollient, frictions d'alcool camphré sur les membres, embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre, orge.*)

Le 6, langue lisse, tendant à se sécher ; soif, ventre encore ballonné, mais indolent ; selles très-fréquentes ; pouls plus faible, peau médiocrement chaude ; soubresauts des tendons plus fréquents et plus forts ; respiration accélérée ; toux légère, sans douleur et sans expectoration, son un peu mat à droite, latéralement au niveau du sein ; râle crépitant dans le même point. (*Vésicatoire sur le côté droit.*)

Le 7, la pneumonie, reconnue la veille, semblait avoir rétrogradé : respiration plus libre, râle moins fort, remplacé en partie par le bruit inspiratoire ordinaire ; soubresauts des tendons plus rares.

Le 8, à peu près même état.

Le 9, nous trouvâmes le malade beaucoup plus prostré que les jours précédents ; la langue, sèche, tendait à se brunir. (*Frictions et embrocations* idem, *orge, limonade vineuse.*)

Le 10, air de stupeur, réponses lentes ; langue sèche, brune à son centre, sans rougeur des bords ni de la pointe, selles fréquentes, involontaires ; pouls fréquent et faible, peau chaude, moite ; soubresauts des tendons assez rares. (*Infusion aqueuse de quin-*

quina acidulée avec l'eau de Rabel, édulcorée avec le sirop de gomme; tisane d'orge vineuse, limonade minérale, frictions d'alcool camphré.)

Le 11, même état. (*Même prescription, un bouillon.*)

Le 12, expression de la face plus naturelle ; langue humide, moins brune ; pouls moins fréquent, moins facilement déprimable, douce chaleur de la peau ; ventre indolent, un peu météorisé, diarrhée moindre ; disparition des soubresauts, urine trouble pour la première fois. (*Quatre bouillons, deux tasses de vin.*)

Le 13, apyrexie, langue à peu près naturelle, pas de selle ; dépôt gris très-abondant dans les urines. (*Même prescription.*)

Le 14, même dépôt dans les urines.

Le 15 et jours suivants, convalescence. (*Continuation du quinquina jusqu'au* 19.)

La diarrhée qui marqua le début de cette maladie, sa cessation spontanée, puis l'apparition, à la suite d'un refroidissement, d'une fièvre rémittente, que n'accompagne d'abord aucun symptôme grave du développement rapide de tous les accidents qui caractérisent l'état adynamique, à mesure qu'on réitère les saignées, l'invasion d'une pneumonie à une époque où trois émissions sanguines viennent d'être pratiquées, le retour à un état meilleur, dès que les toniques commencent à être administrés, telles sont les circonstances qui nous semblent devoir particulièrement appeler l'attention dans l'observation qu'on vient de lire.

Non-seulement les forces se relevèrent lorsqu'on donna le quinquina, mais encore la diarrhée cessa ; la langue, sèche et brune, reprit un aspect naturel, et les soubresauts des tendons disparurent.

Le dépôt sédimenteux des urines se montra en même temps que les différents symptômes s'amendèrent.

CXLIVe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris ; misère. Au début, douleur épigastrique, anorexie ; puis symptômes adynamiques ; langue noire ; pétéchies ; dernier degré de prostration, etc. Emploi successif des émissions sanguines, des vésicatoires, du camphre, du quinquina, du calomélas. Amélioration lente.

Un commissionnaire, âgé de 20 ans, d'une constitution faible, présentant à peine quelques signes de puberté, habitant Paris depuis un an environ. Depuis cette époque il est dans un état de misère, il se nourrit mal. Cependant il a joui d'une assez bonne santé jusqu'au commencement du mois de novembre 1821. Alors il a commencé à ressentir une douleur habituelle à l'épigastre ; son appétit a diminué, ses forces se sont sensiblement perdues. Il a continué néanmoins à rester au coin des rues, exposé à toutes les intempéries de l'air. Il est forcé de garder la chambre depuis deux ou trois jours

seulement ; il entre à la Charité le 29 novembre. A la visite du 30, il présente l'état suivant :

Face maigre, jaune, exprimant l'abattement et la fatigue ; yeux appesantis ; commencement évident de prostration ; réponses nettes, mais lentes. Quelques soubresauts des tendons de la main gauche ; langue déjà sèche et brunâtre au centre, humide et d'une couleur rouge cerise sur les bords et à la pointe ; soif vive, sensation de chaleur dans la bouche ; légère douleur à l'épigastre par la pression ; reste du ventre souple et indolent, diarrhée depuis deux jours seulement (cinq ou six selles liquides en vingt-quatre heures); pouls fréquent, faible ; peau chaude, d'une aridité remarquable ; respiration accélérée, toux fréquente, sèche.

Ce malade était déjà dans un état adynamique assez avancé ; ses yeux mornes, ses paupières appesanties, sa figure fatiguée, ses mouvements difficiles, et surtout les circonstances débilitantes qui avaient précédé son état actuel, tout semblait annoncer qu'il était nécessaire de chercher à relever les forces épuisées ; mais il existait en même temps une double irritation des poumons et des voies digestives. Fallait-il s'occuper d'abord de la combattre? Ne pouvait-on pas craindre qu'en la négligeant elle ne concentrât sur les organes enflammés le reste des forces, et qu'elle n'augmentât ainsi la faiblesse générale? Mais en admettant la nécessité de combattre d'abord cette irritation, fallait-il uniquement chercher à la déplacer par des dérivatifs et des révulsifs irritants ; avait-on essayé de l'attaquer directement par des émissions sanguines? M. Lerminier voulut expérimenter quels effets seraient produits par ce dernier moyen. Vingt sangsues furent appliquées à l'anus ; elles coulèrent abondamment ; aucun changement notable ne survint dans la journée. La nuit, le malade délira. Dans la matinée du 1er décembre, l'intelligence était intacte ; mais l'air de stupeur était encore plus prononcé que la veille. L'abdomen était couvert de nombreuses taches pétéchiales d'un rouge pâle. L'état de la langue n'avait pas changé ; une seule selle avait eu lieu. Le pouls, très-faible, régulier, battait cent douze fois par minute ; on ne comptait dans le même espace de temps que vingt-neuf mouvements inspiratoires. La toux persistait. Les soubresauts des tendons étaient plus multipliés.

La saignée dérivative de l'anus paraissait avoir diminué l'intensité des symptômes inflammatoires de la poitrine et du ventre ; mais la faiblesse avait fait des progrès. Le délire, les soubresauts de tendons annonçaient en même temps une exaltation, ou mieux peut-être une perversion des fonctions du système nerveux. Cependant si ces divers symptômes, ainsi que la prostration, avaient été le résultat de l'inflammation des voies digestives, la diminution évidente de celle-ci n'aurait-elle pas dû être accompagnée d'une amélioration générale? Or le malade était évidemment moins bien que la veille. Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes. Un lavement de camomille fut donné avec addition de douze grains de camphre : on ne prescrivit à l'intérieur que la tisane d'orge acidulée avec le sirop tartareux. La nuit fut beaucoup plus calme que la précédente.

Le 2 décembre, l'air de stupeur était moindre ; la langue était humide et vermeille, le ventre souple. Le lavement n'avait point été rendu. L'on observait plus de soubresauts des tendons. Les pétéchies s'étaient multipliées ; quelques-unes existaient sur la poitrine.

L'amélioration était manifeste ; elle pouvait être raisonnablement attribuée au mode de traitement. Le malade prit dans la journée un second lavement de camomille avec addition de vingt-quatre grains de camphre. Le soir, ses jambes furent couvertes de sinapismes. (*Tisane d'orge édulcorée, looch.*) Cette fois, le lavement fut rendu peu de temps après avoir été pris. Le malade délira une grande partie de la nuit.

Le 3, bien que ses réponses fussent nettes et précises, on l'entendait de temps en temps parler haut, et tenir des propos incohérents. L'adynamie faisait des progrès ; la langue

brunissait de nouveau ; la peau conservait sa sécheresse. (*Limonade minérale, deux nouveaux vésicatoires aux cuisses.*)

A trois heures de l'après-midi, une sueur générale et abondante eut lieu. Cependant l'état du malade, loin de s'améliorer, paraissait le lendemain plus grave que jamais. La face était cadavéreuse, la langue noire et sèche, ainsi que les dents et les lèvres; le ventre se ballonnait ; il n'y avait pas de dévoiement. La respiration s'accélérait de nouveau ; le pouls pouvait à peine se sentir ; les idées se troublaient par intervalles. (*Infusion aqueuse de quinquina oxymélée, bourrache, lavement de camomille avec douze grains de camphre; six paquets de camphre et de nitre* (1), *limonade minérale, une tasse de vin.*)

Le 5, même état : même prescription.

Le 6, le malade ne paraissait plus comprendre les questions qui lui étaient adressées. Il prononçait, en balbutiant, quelques mots inintelligibles. Les taches pétéchiales persistaient ; la respiration s'était ralentie.

Le 7 et le 8, rien de nouveau. Le malade semblait parvenu au dernier degré de l'adynamie. Sa mort paraissait prochaine. (*Continuation des mêmes médicaments.*)

Le 9, douze grains de calomélas furent donnés pour vaincre la constipation ; une selle eut lieu. On ajouta aux autres boissons une décoction de serpentaire de Virginie, édulcorée avec le sirop d'écorces d'orange. Le pouls, très-petit, était d'une irrégularité remarquable.

Du 9 au 13 les pétéchies disparurent. Les forces semblèrent se relever un peu. Le 14, l'aspect de la face était plus naturel, les yeux avaient plus d'expression, l'intelligence était moins obtuse, la parole plus facile ; la langue, humide, n'était plus brune qu'à son centre ; elle pouvait être assez facilement tirée hors de la bouche, ce qui n'avait pas eu lieu les jours précédents. Un léger dévoiement existait. (*Deux bouillons furent permis.*)

Dans la nuit du 16 l'agitation fut extrême : des mouvements convulsifs se manifestèrent.

Le 17, tout était rentré dans l'ordre. A dater de ce jour le malade alla de mieux en mieux. Ses forces toutefois ne se rétablirent que très-lentement, ce qui peut s'expliquer sans doute par le dévoiement qui persista assez longtemps, et qui ne se manifesta d'ailleurs qu'à dater du moment où la nature sembla commencer à marcher vers la guérison. L'infusion aqueuse de quinquina fut continuée jusqu'au commencement de janvier. A cette époque, la figure du malade était excellente ; il prenait de l'embonpoint ; il avait un grand appétit. Il quitta l'hôpital le 15 janvier, très-bien portant.

Voilà encore un cas où un malade, présentant un état à peu près désespéré au moment où il commence à prendre des toniques, revient à la santé à mesure que sont prodigués le quinquina, la serpentaire de Virginie, le camphre, le vin, etc. Pendant l'administration de ces remèdes nous vîmes la langue s'humecter, la peau perdre sa chaleur brûlante et son aridité, l'intelligence recouvrer son intégrité, les mouve-

---

(1) Chacun de ces paquets contient six grains de camphre et six grains de nitre. On en donne un toutes les trois heures.

ments convulsifs disparaître, les forces se rétablir, etc. Combien cependant le pronostic ne semblait-il pas fâcheux! La face fut pendant plusieurs jours celle d'un homme à l'agonie, et l'expérience a démontré que cet état de la face est un signe presque toujours éminemment mortel. Répétons ici avec Hippocrate : *In acutis morbis non omninò tutœ sunt prœdictiones, neque mortis, neque sanitatis.* (Aph.)

On lit dans Grant (*Recherches sur les fièvres*, tom. 2) une observation bien propre à démontrer que certains individus portent en eux une disposition particulière à être atteints de symptômes adynamiques, dès qu'ils sont frappés d'une maladie quelconque un peu grave. Le sujet de cette observation est une jeune fille qui, deux ans après avoir eu une fièvre typhoïde avec épistaxis et pétéchies, fut inoculée en même temps que ses frères et sœurs. Chez ceux-ci, la variole qui survint se termina heureusement et facilement. Chez la jeune fille, au contraire, on vit au bout de cinq jours les piqûres faites au bras devenir livides, se boursouffler et exhaler une sanie sanguine. Le septième jour, de nombreuses pétéchies apparurent, et l'on observa tous les symptômes d'une fièvre putride qui compliqua l'éruption variolique et en entrava la marche. Pense-t-on que dans un cas pareil c'est à un traitement antiphlogistique qu'il faudrait avoir recours?

Rien ne fut plus variable, pendant tout le cours de la maladie, que l'état de la respiration. Nous la trouvions du jour au lendemain facile ou pénible, lente ou singulièrement précipitée. M. Lerminier redouta d'abord l'existence d'une inflammation du parenchyme pulmonaire; mais bientôt ces rapides alternatives lui parurent être entièrement liées à l'état du système nerveux. Ce n'est pas la seule fois que nous avons observé un trouble pareil de la respiration chez des individus atteints de fièvres graves typhoïdes; et après la mort nous avons trouvé les poumons parfaitement sains. Chez d'autres malades, au contraire, dont la respiration avait toujours été très-calme, l'ouverture du cadavre nous a montré une pneumonie plus ou moins étendue.

N'est-ce pas encore un phénomène bien remarquable, quelque ordinaire qu'il soit d'ailleurs, que l'excitation du système nerveux, attestée par le délire, par les soubresauts des tendons, etc., au milieu de la débilité générale des autres systèmes? C'est ainsi que dans les grandes hémorragies on voit les malades, bien qu'épuisés par l'énorme perte de sang qu'ils subissent, succomber souvent au milieu de convulsions plus ou

moins violentes. Le camphre a-t-il contribué dans ce cas à calmer l'action exaltée ou pervertie du cerveau et de ses dépendances? Remarquons qu'une amélioration manifeste succéda à l'administration du premier lavement camphré, qui fut gardé tout entier, tandis que les symptômes reparurent en partie après le second lavement, qui fut rendu en partie.

Si d'ailleurs l'action physiologique du camphre est bien constatée, il n'en est pas malheureusement de même de ses propriétés thérapeutiques. Les histoires d'empoisonnement par le camphre recueillies chez l'homme, les expériences faites sur les animaux vivants, tendent également à démontrer que cette substance stimule fortement le cerveau; et cependant on le prescrit souvent comme propre à calmer le système nerveux. D'autres fois, à la vérité, on l'administre sous le titre de stimulant diffusible. Que de contradictions! Le camphre n'est-il souvent efficace qu'en opposant une stimulation à une autre, en changeant le mode d'action du système nerveux, ainsi que paraissent le faire beaucoup de médicaments dits antispasmodiques? Enfin le camphre, comme plusieurs autres substances, a-t-il une action différente selon ses diverses doses? Si nous consultons les auteurs, nous les trouverons très-peu d'accord entre eux. C'est ainsi que Cullen nous apprend qu'après avoir administré le camphre un très-grand nombre de fois, il ne savait encore si ce médicament avait été utile ou nuisible. Offmann est plus affirmatif; il regarde le camphre uni au nitre comme l'un des meilleurs remèdes que l'on puisse donner dans tous les cas de fièvres malignes. Je crois qu'il en est du camphre comme de la digitale. Si les recherches d'un grand nombre de médecins sur les propriétés thérapeutiques de ces substances ont conduit souvent aux résultats les plus opposés, c'est que les observateurs n'ont pas indiqué d'une manière assez précise dans quel ensemble de circonstances ils y avaient eu recours. L'on n'a pas eu non plus assez d'égard aux différences que le camphre devait présenter dans son mode d'action selon l'état des organes, selon les tempéraments et les dispositions individuelles. Nous avons observé, par exemple, chez quelques individus doués d'une grande susceptibilité nerveuse, une sorte de stimulation spéciale imprimée au cerveau par le camphre. Ces individus, après avoir pris du camphre en lavement à dose assez modérée (de vingt à trente grains), se sentaient tout à coup doués d'une légèreté extraordinaire; il leur semblait qu'ils allaient s'envoler, selon l'expression que tous ont employée. Cet effet singulier dont j'ai vu moi-même avec M. Lerminier un exemple chez un jeune Anglais, durait

quelques heures, et se dissipait peu à peu. Des observations semblables ont été faites par M. Magendie (1).

Les pétéchies ont été très-nombreuses chez ce malade. Elles ont paru avant qu'aucune espèce de traitement stimulant eût été employé. Ce n'est donc pas celui-ci qui les avait produites, ainsi que le pensait de Haen.

CXLV^e OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris; mauvaise nourriture et manque d'ouvrage. A l'époque de l'entrée, symptômes généraux d'adynamie avec pouls dur. A la suite d'une saignée, épistaxis, accroissement de la prostration; délire; pétéchies; langue noire; ballonnement du ventre, etc. État regardé comme désespéré. Traitement tonique : guérison.

Un maçon (2), âgé de 20 ans, à Paris depuis quelques mois seulement, cheveux noirs, peau très-brune, muscles peu développés, s'est habituellement mal nourri ; il a été sans ouvrage depuis son arrivée dans la capitale ; cependant sa santé ne commença à se déranger que vers le 20 mai. Alors il ressentit un malaise général, de la céphalalgie, un engourdissement physique et moral très-prononcé; son appétit diminua, puis il le perdit entièrement. Le 25 mai, il cessa de travailler, s'alita et ne but que quelques tisanes délayantes. Il entra à la Charité le 6 juin. La première fois que nous le vîmes, nous fûmes frappés de l'air de stupeur qui régnait déjà dans l'ensemble de sa physionomie; ses traits étaient affaissés ; ses paupières appesanties ne se levaient qu'avec peine ; l'œil était morne et peu en harmonie avec les objets environnants ; la bouche restait entr'ouverte, les réponses étaient lentes, pénibles, les mouvements difficiles ; le pouls fréquent, concentré, ne s'effaçait pas lorsqu'on essayait de le comprimer; une sueur abondante couvrait la peau ; la langue, d'un rouge assez vif, tendait à se sécher. Cinq à six selles seulement, formées de matières brunes et dures, avaient eu lieu depuis l'invasion de la maladie. Les urines étaient rouges et rares ; une légère chaleur le long du canal de l'urètre accompagnait leur émission.

Il y avait chez ce malade un mélange de prostration et de symptômes inflammatoires qui pouvaient porter à penser que la faiblesse n'était qu'apparente. Une saignée de deux palettes fut prescrite; il devait en résulter un effet bon ou mauvais, propre à jeter du jour sur la véritable nature de la maladie. Le sang tiré de la veine se réunit en un large caillot, sans sérosité, peu consistant, et recouvert d'une couenne verdâtre très-mince. Le malade but de l'eau d'orge, et prit deux lavements émollients. Le soir il y eut une épistaxis abondante ; la nuit il rêvassa beaucoup.

---

(1) Le fait suivant, observé par mon père à l'hôtel royal des Invalides, en 1806, me semble encore bien propre à prouver combien les effets du camphre sont variables selon les individus. Un vieillard entra à l'infirmerie des Invalides dans le dernier degré de la débilité sénile : un lavement camphré lui fut donné. Bientôt cet homme, dont les parties génitales étaient depuis longtemps frappées de l'inertie la plus complète, éprouva une violente érection. Au bout de deux jours il prit une seconde fois du camphre ; le même phénomène se reproduisit. Ce fait est d'autant plus curieux, que le camphre a été regardé par plusieurs médecins comme anaphrodisiaque, et comme l'antidote des cantharides.

(2) Ce malade a été traité par M. Chomel, qui remplaçait momentanément M. Lerminier.

Le lendemain 8, il y avait une exaspération marquée de tous les symptômes : prostration plus grande, léger trouble des idées, quelques soubresauts des tendons, langue sèche et brune à son centre, même état du pouls, sécheresse de la peau. (*Tisane et lavements émollients.*) Pendant la nuit le malade délira complétement.

Le 9, quelques taches pâles, arrondies, d'une demi-ligne à une ligne de diamètre, étaient disséminées sur le thorax, les yeux restaient fermés ; et ce n'était que lorsqu'on avait fait au malade à très-haute voix des questions réitérées, que ses paupières se soulevaient ; regardant alors fixement celui qui l'interrogeait, et paraissant en quelque sorte réunir toutes ses forces, il parvenait à répondre d'une voix faible et mal articulée, mais avec justesse ; il retombait ensuite dans son assoupissement. Ce n'était non plus qu'avec beaucoup d'efforts qu'il tirait la langue hors de la bouche ; elle était tremblante, brune et très-sèche : le ventre conservait sa souplesse : deux selles avaient eu lieu ; le malade s'était levé seul pour les rendre. La respiration était courte et d'une fréquence remarquable ; cependant aucune toux n'existait ; la percussion et l'auscultation n'annonçaient aucune lésion des poumons. Cette accélération de la respiration semblait plutôt liée au trouble général du système nerveux. (*Même traitement.*)

La nuit, délire complet.

Le 10, léger dévoiement depuis la veille, ballonnement du ventre ; pouls plus facilement déprimable que les jours précédents ; même état du reste. (*Tisane d'orge avec addition d'acide muriatique ad gratam aciditatem ; lavements de lin avec addition du même acide ; fomentations de camomille sur le ventre ; deux vésicatoires aux jambes.*)

Le 11 et le 12, l'air de stupeur fut porté au plus haut degré. Vainement pressait-on le malade de questions, il ne répondait plus ; ses yeux, fixes, avaient l'expression de ceux d'un homme entièrement distrait de tout ce qui l'environne. Une croûte noire, épaisse, couvrait les lèvres, les dents et la langue. La peau de la face présentait une teinte jaune sale, comme terreuse ; on ne sentait plus de soubresauts de tendons ; les matières fécales et les urines étaient rendues involontairement, sans que le malade parût en avoir la conscience. Dans l'espace de quelques minutes on voyait alternativement la respiration devenir accélérée, haletante, puis se ralentir tout à coup. Le pouls, fréquent, fuyait sous le doigt ; toute la surface du corps était sans chaleur, et les extrémités déjà froides : les taches typhoïdes étaient à peu près effacées.

Cependant aucun tonique n'avait encore été administré à l'intérieur, et cette fois ce n'étaient point eux qu'on pouvait accuser, si la langue avait noirci, si les lèvres et les dents s'étaient encroûtées, si des symptômes de plus en plus graves s'étaient chaque jour montrés. Le mauvais succès de la première émission sanguine ne permit point de la réitérer. La perte du malade semblait à peu près certaine ; la stupeur profonde, le froid presque cadavérique de la peau, la faiblesse extrême du pouls, l'inefficacité du traitement suivi jusqu'alors, semblaient commander l'emploi d'une médication tonique. Elle fut employée avec énergie. Nous allons en voir les effets (prescription : *Eau de riz gommée avec addit. de quinze goutt. d'acide mur. dans une pinte. Une pinte de décoction de quinquina avec addition d'un tiers de vin et de deux onces de sirop de coing, potion gommeuse avec addition de deux gros d'extrait mou de quinquina ; deux tasses de vin ; sécher les vésicatoires des jambes, et en placer deux aux cuisses.*)

Dans la matinée du 13, l'état du malade était à peu près le même, seulement l'on observait, de plus, de fréquents soubresauts de tendons. Plusieurs auteurs, et Pringle en particulier, ont regardé l'existence de ces soubresauts comme étant une contre-indication à l'emploi des toniques. Ceux-ci furent cependant continués.

Le 14, la peau s'était réchauffée, le pouls était plus relevé ; il y avait moins de

soubresauts de tendons, les mouvements inspiratoires étaient moins désordonnés : mais d'un autre côté l'intelligence ne se rétablissait pas, l'air de stupeur ne diminuait pas ; l'encroûtement de la langue, des lèvres et des dents persistait ; le malade lâchait continuellement sous lui. L'extrait de quinquina fut porté à la dose d'une demi-once ; des frictions aromatiques furent faites sur le ventre et sur les membres.

Le 16, l'expression de la face était un peu plus naturelle ; le malade commençait à répondre un peu aux questions. (*Six gros d'extrait de quinquina dans la potion gommeuse avec addition de vingt gouttes d'éther sulfurique.*)

Le 17, amélioration sensible ; les yeux étaient plus en harmonie avec les objets environnants, le malade était plus maître de ses mouvements, il tirait assez facilement la langue ; la respiration était calme, le dévoiement s'était un peu modéré ; mais la chaleur de la peau était devenue très-élevée, âcre et mordicante ; en laissant quelque temps le doigt en contact avec elle, l'on éprouvait une sorte de sensation pénible voisine de la douleur. Malgré cet état de la peau, les toniques furent non-seulement continués, mais augmentés ; l'on appliqua deux nouveaux vésicatoires à la partie externe des jambes ; l'extrait de quinquina fut porté à la dose d'une once ; continuation de la décoction de cette écorce ; un lavement de quinquina camphré fut prescrit matin et soir, les membres furent frictionnés avec un mélange de vin aromatique et d'alcool camphré.

Le 18 et le 19, il y eut encore un effort manifeste vers la guérison ; l'expression de la face devint infiniment plus naturelle ; les réponses étaient nettes ; le malade, pour la première fois, avait pu de lui-même se placer sur le côté et s'y tenir ; la langue, les lèvres et les dents étaient un peu nettoyées ; il n'y avait eu depuis la veille que deux ou trois selles, toujours rendues involontairement ; la chaleur brûlante de la peau persistait, et l'on remarquait toujours de temps en temps quelques soubresauts. L'éther sulfurique qui entrait dans la potion gommeuse fut remplacé par un gros d'eau distillée de canelle : d'ailleurs même prescription.

Le lendemain 20, nous fûmes étonnés du changement en bien, véritablement prodigieux, qui s'était opéré dans l'état du malade ; la langue s'était humectée, et n'offrait plus qu'à son centre seulement une légère teinte brunâtre ; la peau, si brûlante encore vingt-quatre heures auparavant, n'avait plus qu'une douce chaleur, le pouls n'était que médiocrement fréquent ; le malade se retournait dans son lit avec une merveilleuse facilité ; la parole était libre, son intelligence nette ; il lâchait encore sous lui. Aucun phénomène critique n'avait précédé cette brusque amélioration. (*Même prescription.*)

Du 21 au 28, six onces de vin de quinquina furent substituées à la potion. L'état du malade continua à être aussi satisfaisant. Chaque matin nous trouvâmes sa peau couverte d'une légère moiteur.

Les forces se relevaient chaque jour : le pouls conservait de la fréquence. La langue était humide et d'une belle couleur vermeille ; soit par faiblesse, soit par paresse, le malade continuait à lâcher sous lui ses matières fécales et ses urines. Le dévoiement était d'ailleurs très-modéré. Deux ou trois selles au plus avaient lieu en vingt-quatre heures.

Le 28, le malade ne pouvait pas encore s'asseoir dans son lit. On ajouta à la prescription quelques cuillerées de vin de Madère à prendre dans la journée. Les vésicatoires étaient entièrement secs depuis deux ou trois jours.

Dans les premiers jours du mois de juillet le pouls perdit tout à fait sa fréquence ; le dévoiement cessa, le malade put se tenir sur son séant, et bientôt on le plaça sur un fauteuil roulant. Il prit d'abord, du 30 juin au 4 juillet, deux bouillons et trois demi-soupes par jour. Le 5, un demi-quart lui fut accordé. Le 8, il mangea le quart.

A dater de cette époque il entra véritablement en convalescence. Il reprit peu à

peu ses forces et son embonpoint pendant le reste du mois de juillet et dans le commencement d'août. Il continua à prendre pendant tout ce temps du vin de quinquina, dont la dose fut progressivement diminuée de six onces par jour à une once. Il quitta l'hôpital bien portant le 12 août.

Nous voyons encore dans cette observation une fièvre ataxo-adynamique des plus graves s'améliorer pendant l'administration des médicaments toniques. Rappelons-nous dans quel état désespéré se trouvait le malade à l'époque où le quinquina commença à être donné. Rappelons-nous surtout ce refroidissement général de la peau, ce pouls filiforme, qui, dans les fièvres graves, sont les symptômes ordinaires d'une mort très-prochaine. Vingt-quatre heures après qu'une médication tonique a été prescrite, ces symptômes mortels ont disparu, et dès ce moment la tendance vers la guérison se prononce de plus en plus. N'oublions pas de remarquer que la dose des toniques fut augmentée suivant une rapide progression. Ainsi donnés, ils ne pouvaient pas l'être indifféremment. Si la maladie n'avait consisté que dans la phlegmasie du tube digestif, le quinquina donné à la fois sous toutes les formes par la bouche et en lavement aurait eu très-promptement des résultats funestes. Est-il donc possible d'attribuer ici à la nature la guérison du malade, et de dire que c'est malgré les toniques que la guérison eut lieu?

En même temps que l'écorce du Pérou était administrée à l'intérieur, les membres abdominaux étaient couverts de nombreux vésicatoires, et un grand nombre de points de l'enveloppe cutanée furent simultanément irrités, sans qu'il parût en résulter une influence fâcheuse sur le cerveau.

L'émission sanguine pratiquée à l'époque de l'entrée du malade non-seulement ne fut pas avantageuse, mais elle fut suivie d'une exaspération marquée de tous les symptômes. Ce fait nous a rappelé une remarque de Pringle, consignée dans ses observations sur la fièvre d'hôpital. Au commencement de cette fièvre, dit-il, le pouls n'est jamais *abattu*, mais il est très-vif, et varie souvent le même jour sous le rapport de la force et de la plénitude. Si, dans ce cas, l'on prescrit de nombreuses et larges saignées, afin d'obvier à la fausse indication de l'inflammation, le pouls devient plus fréquent et plus faible, et le malade tombe dans le délire.

L'individu qui fait le sujet de cette observation, comme celui de la précédente, a présenté une respiration gènée et singulièrement accélérée, à l'époque où les symptômes nerveux furent le plus prononcés. Aucun symptôme n'indiquait d'ailleurs l'existence d'une inflammation des poumons ou des plèvres. Nous ne pourrions que répéter ici ce que nous avons dit à ce sujet dans l'observation précédente. Nous ajouterons seulement qu'Huxham avait très-bien saisi cet état de la respiration dans les fièvres graves. Gardez-vous, disait-il, de croire à une péripneumonie, parce que vous observez une grande anxiété, une forte oppression, la sensation du poids insupportable sur la poitrine. Comme nous il rapportait ces symptômes au désordre du système nerveux. (*Traité de la fièvre lente et nerveuse*).

Les pétéchies se montrèrent quarante-huit heures après la saignée; elles restèrent constamment peu nombreuses et pâles. Elles se flétrirent et disparurent à l'époque de la plus haute intensité des symptômes de prostration: les toniques ne les firent point reparaître.

CXLVIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Au début, symptômes de fièvre *dite* inflammatoire ; délire à la suite d'émissions sanguines. Plus tard, symptômes *dits* bilieux : émétique ; le lendemain de l'administration de celui-ci, symptômes graves semblables à ceux d'un accès de fièvre pernicieuse ; retour de cet accès les jours suivants ; quinquina donné d'abord comme anti-périodique, puis comme tonique.

Un commissionnaire, âgé de 18 ans, d'une assez faible constitution, cheveux châtains, chairs molles, a toujours joui d'une bonne santé ; il n'habite Paris que depuis trois mois, et n'a pas éprouvé de misère. Le 11 mai, sans cause connue, il sentit à son réveil un malaise général, de la céphalalgie ; sa bouche était amère. Dans la journée, il eut du frisson.

Le 12, il s'alita.

Le 13, il entra à la Charité.

Le 14, il présenta l'état suivant :

Vive injection de la face et des conjonctives; peau halitueuse, pouls fréquent, dévoloppé, langue blanchâtre, rouge à la pointe, soif peu vive, ventre indolent et souple, une selle consistante en vingt-quatre heures.

Cet individu présentait un ensemble de symptômes inflammatoires qui réclamaient une émission sanguine. En localisant le malade, on pouvait la considérer comme une gastrite, et faire dériver de celle-ci tous les autres symptômes comme autant de phénomènes sympathiques. Une large saignée fut pratiquée ; la tisane d'orge oxymélée fut prescrite. Le sang tiré de la veine se réunit en un large caillot peu consistant, verdâtre à sa surface. Pendant la journée l'état du malade resta à peu près le même ; il eut quelques nausées. La nuit, son sommeil fut agité par les rêves les plus incohérents ; il n'alla qu'une fois à la selle.

Dans la matinée du 15 la fièvre persistait, la langue était moins animée (*Trente sang-*

sues à l'anus.) La nuit, le malade s'agita beaucoup, et fut dans un état voisin du délire.

Le 16, il se plaignait d'un goût d'amertume insupportable ; il avait de fréquentes nausées et peu de soif ; la langue s'était couverte depuis la veille d'un enduit jaunâtre épais, il n'avait pas eu de selle ; la teinte rouge des pommettes contrastait avec la teinte jaune du pourtour des ailes du nez, des lèvres et des conjonctives ; le pouls était toujours très-fréquent et plein, la peau chaude et sèche.

Ainsi, l'état du malade avait subi, depuis la veille, un changement notable. Aux symptômes franchement inflammatoires des jours précédents avait succédé cet ensemble de symptômes que l'on désigne sous le nom de symptômes bilieux. M. Lerminier prescrivit deux grains d'émétique dans une pinte d'eau de veau ; mais comme la fièvre était encore intense, il fit précéder l'administration du vomitif par l'application de trente sangsues à l'anus.

Le malade ne vomit pas, et n'alla qu'une fois à la selle. Le lendemain 17, la langue, débarrassée de son enduit jaunâtre, avait repris sa rougeur ; d'ailleurs même état. (*Tisane d'orge oxymélée.*)

Dans la soirée, le malade, qui avait assez bien passé la journée, fut pris d'un violent frisson avec forte dyspnée. A huit heures, le frisson n'existait plus ; mais le malade, dévoré par une chaleur brûlante, était plongé dans un haut degré de prostration ; ce n'était que par intervalles qu'il répondait aux questions, et, par intervalles, il délirait complétement. La respiration était haute, accélérée, le pouls petit, concentré, irrégulier ; les avant-bras étaient le siége de nombreux soubresauts de tendons.

Le malade avait ainsi passé subitement d'une situation peu grave à un état qui fut regardé comme à peu près mortel par ceux qui le virent le soir. Cependant dans la matinée du 18 nous le trouvâmes moins mal. La respiration était plus libre : les forces étaient relevées : les facultés intellectuelles avaient repris leur netteté, les soubresauts des tendons étaient plus rares : le pouls, régulier, conservait sa petitesse ; la face exprimait encore un grand abattement, une douce moiteur couvrait la peau ; le ventre était ballonné, aucune selle n'avait eu lieu ; la vessie, distendue par une énorme quantité d'urine, faisait une saillie considérable au-dessus du pubis ; on fut obligé de la vider avec la sonde ; un vésicatoire, fait avec un mélange d'ammoniaque liquide et d'axonge, fut appliqué à chaque cuisse.

Même état jusqu'au 19, à six heures du soir. Alors, réapparition des mêmes symptômes que le 17, mais avec une intensité beaucoup plus grande. A neuf heures, le malade semblait comme frappé d'apoplexie ; la perte de connaissance était complète ; les paupières restaient abaissées ; si on les soulevait, le globe de l'œil, fixe, immobile, paraissait insensible à l'impression des rayons lumineux ; les narines se dilataient avec force à chaque inspiration, et chaque expiration était accompagnée de la dilatation passive des joues ; la langue, aperçue au fond de la bouche, parut sèche et brune à son centre ; le ventre était fortement ballonné ; la fréquence des pulsations artérielles était telle qu'on ne pouvait les compter.

Le lendemain matin 20, à six heures, amendement semblable à celui que nous avions déjà observé le 18. Le malade avait repris sa connaissance ; mais il avait encore un air de stupeur fort remarquable ; comme le 18, la peau était humide.

Ce retour périodique des mêmes symptômes sous le type tierce, le frisson qui annonçait leur invasion ; la moiteur de la peau qui se manifestait à mesure que les symptômes graves disparaissaient, pouvaient porter à soupçonner l'existence d'une fièvre rémittente pernicieuse. Le second accès avait été plus violent que le premier ; il était à craindre que le troisième ne fût mortel.

Le 21, jour où ce troisième accès devait se montrer, l'on donna, dix heures avant son invasion présumée, douze grains de sulfate de quinine par la bouche, et une once de poudre de quinquina en lavement.

Le soir, l'accès ne revint pas. Cependant il s'en fallait bien que le malade fût hors de danger ; l'état adynamique se prononçait de plus en plus ; la couleur noire de la langue avait fait des progrès ; un dévoiement assez abondant s'était établi : le quinquina n'en fut pas moins continué en lavement à la dose d'une demi-once chaque jour jusqu'au 25, dans le but de prévenir tout retour des accès. Depuis le 20, la surface des vésicatoires avait pris une teinte brunâtre, et le 25 une large escarre les recouvrait. La paralysie de la vessie persistait, et l'urine n'était expulsée qu'à l'aide de la sonde.

Le 25, la langue, les lèvres et les dents étaient recouvertes d'une croûte noire épaisse ; le ventre était fortement météorisé ; cinq ou six selles liquides étaient rendues dans le lit. Il y avait en même temps chaleur âcre de la peau, grande fréquence et petitesse du pouls, qu'une légère pression faisait disparaître ; air de stupeur très-prononcé ; engourdissement des facultés intellectuelles ; perte absolue de mémoire ; faiblesse musculaire très-grande ; escarres des vésicatoires, du sacrum, et du grand trochanter gauche ; paralysie de la vessie. Le retour des accès ne semblait plus à craindre.

Dans cet état, fallait-il n'avoir égard qu'à la phlegmasie non douteuse des voies digestives, et n'administrer que de simples adoucissants ? Fallait-il plutôt prendre en considération l'état général des forces, dont plusieurs symptômes paraissaient indiquer l'absence réelle ? Devait-on admettre avec Brown qu'à la période d'excitation générale avait succédé une période d'affaissement, ou dire avec M. Broussais que les forces n'étaient point absentes, mais qu'elles étaient toutes concentrées dans le tube digestif ? En admettant cette dernière opinion, eût-ce été un motif de rejeter des médicaments toniques et excitants ? N'existe-t-il pas plusieurs cas d'inflammations externes où les toniques sont employés avec avantage, soit à l'intérieur, soit sur les surfaces enflammées elles-mêmes ? M. Lerminier prescrivit un lavement de camomille avec addition de cinq gouttes d'huile essentielle de genièvre ; la limonade citrique pour boisson ; deux bouillons, une petite pinte de décoction de polygala ; une autre pinte de décoction de deux gros de racine d'angélique avec addition de deux onces de sirop d'œillet. On sait combien Hildenbrand a vanté dans les fièvres graves l'emploi de la racine d'angélique ; il la préférait comme moins dispendieuse, et en même temps comme plus efficace que la racine de contrayerva et de serpentaire de Virginie. Des embrocations d'huile de camomille camphrée furent faites sur le ventre.

Vingt-quatre heures après que ce mode de traitement eut été commencé, la langue, s'était humectée, et n'était plus que légèrement brune à son centre ; le pouls s'était relevé et avait moins de fréquence ; l'expression de la face était plus naturelle, les yeux surtout étaient plus en harmonie avec les objets environnants. Le malade répondait nettement et avec précision aux questions ; il parlait de son état de souffrance, comme un homme qui jouit de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles ; mais il ignorait complétement où il était, il n'avait sur son existence passée que des idées confuses ; il lui était même impossible de se rappeler ce qui lui était arrivé la veille, ou même ce qu'il avait fait deux ou trois heures auparavant. Le ballonnement du ventre n'avait pas diminué : le dévoiement était aussi considérable ; le malade lâchait sous lui, il n'urinait qu'avec la sonde. Les escarres furent couvertes de quinquina camphré. D'ailleurs, même prescription, plus une tasse de vin.

Le 27, l'infusion aqueuse de quinquina fut substituée à la décoction de polygala, et la limonade minérale à la limonade citrique.

Du 28 mai au 6 juin une amélioration rapide eut lieu. Les mêmes médicaments furent continués ; nous vîmes, pendant qu'ils étaient administrés, la langue reprendre chaque jour un aspect de plus en plus naturel, le ventre redevenir souple, le dévoiement se modérer, puis cesser complétement, le pouls se ralentir, la stupeur disparaître, les forces se rétablir, la mémoire revenir, les plaies des vésicatoires se cicatriser, et les

ulcères du sacrum ainsi que ceux du grand trochanter, qui avaient succédé à la chute des escarres, se déterger et prendre une belle couleur vermeille.

Il n'y eut pendant tout ce temps aucune sueur, aucun phénomène qui pût être considéré comme critique.

Le 6 juin, le pouls n'avait plus qu'une fréquence médiocre, et la chaleur de la peau avait perdu son âcreté ; la diarrhée avait entièrement cessé. Le malade, qui semblait sur le point d'entrer en convalescence, demandait avec instance des aliments. Malheureusement l'ulcère du grand trochanter faisait chaque jour des progrès. La suppuration abondante qui en résultait empêchait le malade de reprendre ses forces ; elle pouvait même devenir une cause de rechute et de mort. L'infusion aqueuse de quinquina fut remplacée par six onces de vin de quinquina. D'innombrables observations constatent les bons effets de cette substance dans tous les cas de suppuration abondante sans réaction générale vive. De Haen surtout en a signalé les avantages. (*Rat. med.*, *pars undecima*, *caput primum*.)

Le vin de quinquina fut continué à la dose de six à huit onces chaque jour pendant tout le cours du mois de juin et le commencement de juillet. Pendant ce temps les ulcérations cessèrent enfin de s'étendre ; celle du sacrum se cicatrisa assez promptement, mais les bords de l'ulcère du grand trochanter se décollèrent. On parvint peu à peu à en opérer le recollement à l'aide d'une compression méthodique. La cicatrisation n'était pas encore complète le 15 juillet. A mesure que l'ulcération avait diminué, le pouls était devenu de moins en moins fréquent. A dater des premiers jours de juillet, toute espèce de fièvre cessa, et la suppuration n'étant plus que très-peu abondante, l'usage du vin de quinquina fut suspendu. Le malade était dans l'état le plus satisfaisant ; il commençait à se promener dans les salles et dans le jardin de l'hôpital ; il mangeait le quart, et buvait deux tasses de vin chaque jour.

Dans la nuit du 15 au 16 juillet apparurent sur les fesses huit à dix boutons varioliformes. Le lendemain quelques-uns se montrèrent sur les bras et sur la face. Rouges et coniques, d'abord, ils étaient déjà blancs, trente heures environ après leur apparition. Quatre ou cinq étaient déprimés à leur centre ; les autres conservaient leur forme pointue. On en remarquait quelques-uns de confluents à la région lombaire. Au bout de trois jours ils étaient desséchés. Du reste, aucun mouvement fébrile, aucun trouble n'accompagna cette éruption, qui nous parut ressembler beaucoup à une varicelle. Le malade portait les marques de la vaccine.

Pendant les quinze derniers jours de juillet, les pieds s'œdématièrent légèrement chaque soir. Cette infiltration passive fut combattue par le vin diurétique amer de la Charité, et se dissipa à mesure que les forces se rétablirent. Le malade sortit très-bien portant le 6 août.

Nous avons déjà essayé de faire ressortir, dans le cours de cette observation, les circonstances qui la rendent surtout remarquable. Nous avons vu que les symptômes inflammatoires qui existaient dans le principe furent combattus par de larges et nombreuses émissions sanguines; que plus tard un vomitif fut administré ; il ne donna lieu à aucune évacuation ; et le lendemain se montra un premier redoublement, qui donna à la maladie le caractère d'une fièvre rémittente pernicieuse. Le second redoublement fut encore plus terrible ; le quinquina fut alors

donné avec succès. Je ne chercherai point comment les bons effets du quinquina dans ce cas peuvent être expliqués ; je me contente de raconter le fait, et de rappeler qu'il suffit d'ouvrir les livres pour trouver d'innombrables exemples de cas analogues. De semblables succès auraient-ils été obtenus si l'irritation gastro-intestinale avait joué le principal rôle dans cet ensemble de phénomènes effrayants qui caractérisèrent l'accès? Dans cette irritation peut être le point de départ, mais en elle ne réside point toute la maladie.

Lorsqu'il ne resta plus que les symptômes encore très-graves d'une fièvre adynamique des plus intenses, c'est encore une médication éminemment tonique que l'on opposa à ces symptômes ; pendant que cette médication était donnée, la langue, sèche et noire, revint promptement à son état naturel.

Enfin lorsqu'une abondante suppuration épuisait le malade, c'est encore par le quinquina, donné à une dose considérable, que les forces furent soutenues.

Nous devons aussi noter l'éruption varioliforme, et l'œdème qui survint pendant la convalescence : résultat de la débilité générale, cet œdème disparut à mesure que les forces se rétablirent.

CHAPITRE III.

RÉSUMÉ (1).

ARTICLE PREMIER.

ÉTIOLOGIE.

Existe-t-il un certain nombre de causes que l'on puisse regarder avec quelque fondement comme ayant produit les maladies dont les observations précédentes fournissent des exemples?

---

(1) Ce résumé est plus particulièrement relatif à nos cas d'entérite folliculeuse.

Parmi les individus qui font le sujet de ces observations, plusieurs avaient éprouvé des chagrins, d'autres avaient été soumis, pendant un temps plus ou moins long, à toutes les angoisses de la misère; privés d'ouvrage, ils n'avaient eu pour vivre qu'une alimentation malsaine ou insuffisante. Quelques-uns s'étaient fatigués au travail; ils avaient supporté de longues veilles; quelques autres avaient commis de fréquents écarts de régime, ou s'étaient livrés à divers genres d'excès : mais chez un grand nombre aucune de ces influences n'avait agi. Ils s'étaient toujours bien nourris; ils avaient toujours travaillé sans se fatiguer, et ils n'avaient commis aucun excès. Les résultats auxquels nous sommes arrivés à cet égard sont d'accord avec ceux qu'a obtenus M. Louis. Il ne cite qu'un petit nombre d'individus chez lesquels une mauvaise alimentation a été l'une des circonstances qui ont précédé le développement de leur maladie. Chez quelques autres des fatigues excessives, des peines morales avaient agi, mais chez le plus grand nombre rien ne prouve au moins que ces diverses influences aient joué un rôle dans la production de la fièvre.

Ce que nous disons des ouvriers soignés dans les hôpitaux, nous pourrions le dire aussi d'autres classes de la société. Je prendrai pour exemple nos jeunes élèves en médecine. On a regardé les miasmes de lieux de dissection comme l'une des causes qui rendent chez eux la fièvre typhoïde si commune. Cependant je puis affirmer que chez un très-grand nombre la maladie se déclare avant qu'ils n'aient fréquenté les amphithéâtres. Chez eux on a accusé aussi la mauvaise nourriture, les excès, et cependant bien souvent je l'ai vue frapper des jeunes gens qui se nourrissaient bien, et dont la conduite avait été très-régulière.

Il est une autre circonstance beaucoup plus générale, qui ressort de nos observations, comme celles de MM. Petit et Serres, Bouillaud et Louis; c'est l'arrivée nouvelle à Paris. Parmi les individus qui font le sujet des observations précédentes, il en est un grand nombre qui n'avaient habité Paris que quelques semaines ou quelques mois, lorsqu'ils commencèrent à devenir malades. Ce n'est pas ordinairement dans les premiers temps du séjour à Paris que la santé se dérange, c'est plus souvent après une habitation de six à quinze mois. C'est dans cet intervalle de temps que nous avons vu en être frappés le plus communément les élèves en médecine et en droit, aussi bien que les jeunes ouvriers qui viennent chercher un asile dans nos hôpitaux.

Cependant, tout en admettant que les individus récemment arrivés à

Paris sont plus exposés que d'autres à être atteints du genre d'affection qui nous occupe, nous n'en conclurons pas qu'elle n'atteint exclusivement que cette classe d'individus. Nous avons cité, dans les observations particulières, un assez grand nombre de cas relatifs à des individus qui habitaient Paris depuis un grand nombre d'années, et qui offrirent d'une part les divers symptômes des fièvres graves, et d'autre part la lésion spéciale des follicules intestinaux. Pendant l'été de 1829, il s'est présenté au Bureau central un assez grand nombre d'individus qui présentaient tous les symptômes de la fièvre typhoïde à divers degrés de gravité, et un tiers au moins de ces individus étaient à Paris depuis plusieurs années. Nous avons vu cette même maladie frapper des élèves en médecine qui habitaient la capitale depuis quatre à six ans.

Une fois développée, la fièvre typhoïde est-elle susceptible de se propager par contagion? Dans ce dernier temps, le docteur Bretonneau, M. Gendron et quelques autres médecins ont soutenu que la dothinentérie était une affection éminemment contagieuse : nous ne nions pas les faits cités par ces auteurs ; mais ce que nous avançons avec assurance, c'est que jamais à Paris, soit dans les hôpitaux, soit hors des hôpitaux, nous n'avons reconnu à cette maladie le moindre caractère contagieux. Dans les hôpitaux on ne voit pas qu'elle se transmette de l'individu qui l'apporte du dehors à ceux qui sont couchés dans les lits voisins du sien; on ne voit pas non plus que les malades auxquels on donne le lit précédemment occupé par un individu guéri ou mort de dothinentérie, viennent à en être atteints. Les médecins ou élèves en médecine qui en sont frappés ne sont pas plus particulièrement ceux qui ont touché les malades qui en étaient affectés. Hors des hôpitaux, quelles circonstances sont plus favorables à la contagion que celles que l'on trouve réunies chez les élèves en médecine qui soignent leurs camarades malades de fièvre typhoïde? renfermés dans une chambre ordinairement peu spacieuse, ils leur prodiguent jour et nuit les soins les plus assidus comme les plus dévoués ; si la maladie était contagieuse, presque tous devraient la contracter; et cependant nous ne nous rappelons pas avoir vu une seule fois la maladie naître de cette manière chez un individu sain. Plusieurs fois nous nous sommes informés si le lit ou la chambre qu'occupait un élève actuellement malade l'avaient été récemment par d'autres qui avaient eu aussi la dothinentérie, et nous avons vu qu'il n'en avait été ainsi que dans des cas fort rares, de telle sorte qu'il était alors permis de penser que si dans un même lieu s'étaient succédé deux individus

atteints d'une même espèce de maladie, ce n'était là qu'un simple hasard.

Les individus doués des constitutions les plus diverses sont également atteints par la maladie qui nous occupe ; ce serait une grave erreur de croire qu'elle atteint de préférence les individus d'une constitution débile, qui ont un sang pauvre, des muscles peu développés, et chez lesquels le tempérament lymphatique semble prédominer. Loin de là, elle se montre peut-être plus communément chez les hommes dont la peau est fortement colorée, et dont le système musculaire très-prononcé paraît dénoter une grande somme d'énergie. C'est souvent chez de pareils individus qu'après peu de jours de maladie, on voit survenir un état adynamique, qui ne semble pas être toujours le résultat d'une simple oppression des forces. Il ne faut pas croire, en effet, que ce qu'on appelle *force de résistance vitale* se traduise toujours rigoureusement par l'état de l'appareil musculaire ; elle est bien plutôt représentée par l'activité du système nerveux ; et cette activité est bien souvent en raison inverse de l'énergie apparente du système locomoteur.

Du reste, à cet égard, les observations de MM. Bouillaud et Louis confirment pleinement les nôtres. Parmi les sujets dont nous avons rapporté l'histoire, il en est un grand nombre qui présentaient tous les traits de ce qu'on appelle le tempérament sanguin ; beaucoup avaient la peau brune, l'apparence d'une grande force musculaire ; ils étaient pourvus d'assez d'embonpoint, et leur nutrition ne paraissait avoir nullement souffert.

Tous les âges ne sont pas également exposés à présenter les divers groupes de symptômes qui caractérisent les fièvres continues. Il résulte de nos observations, aussi bien que de celles des autres auteurs, que c'est depuis l'âge de vingt ans jusqu'à celui de trente qu'elles sont le plus communes. Depuis trente-cinq ans jusqu'à la vieillesse elles deviennent de plus en plus rares ; puis, après l'âge de soixante-dix ans, on voit reparaître la fièvre adynamique. C'est au milieu des symptômes qui la caractérisent que succombent un assez grand nombre de vieillards, ceux surtout qui, jusque-là, avaient joui d'une bonne santé, et qui semblaient avoir usé peu à peu leur énergie vitale, sans que chez eux il y eût lésion profonde d'aucun organe.

Les vieillards nous offrent donc, comme les jeunes gens, des exemples assez fréquents de fièvre adynamique. Mais chez eux les lésions d'or-

ganes dont cette fièvre est ou l'effet ou la complication, ne sont pas toujours semblables à celles qu'on rencontre à une époque moins avancée de la vie. Ainsi, chez les jeunes gens, sur dix cas de fièvre dite adynamique, il y en a au moins neuf dans lesquels la lésion principale qu'on trouve sur le cadavre est une dothinentérie. Chez les vieillards, au contraire, la dothinentérie est rare; mais, en son absence, des symptômes exactement semblables à ceux qu'elle a produits dans la jeunesse, apparaissent avec la plus grande facilité à l'occasion de toute autre lésion, soit d'une pneumonie, soit d'un érysipèle, soit d'un phlegmon léger, soit d'une maladie des voies urinaires, etc. Leur langue se sèche et noircit, sans qu'il y ait chez eux aucune lésion intestinale appréciable après la mort. Ainsi voilà un cas où la forme symptomatique d'une maladie reste la même, bien qu'il n'y ait plus identité dans sa forme anatomique.

ARTICLE II.

DE L'ÉTAT DES DIFFÉRENTS ORGANES APRÈS LA MORT ET PENDANT LA VIE.

TUBE DIGESTIF.

§ 1er. LÉSIONS TROUVÉES APRÈS LA MORT DANS LE TUBE DIGESTIF.

Nous avons à examiner ces lésions sous le point de vue de leur constance, de leur fréquence, de leur siége, de leur nature, de leur intensité, et enfin de leurs rapports avec les symptômes.

A. CONSTANCE DES LÉSIONS DU TUBE DIGESTIF.

Toutes les fois qu'un individu a succombé à l'un des groupes morbides qui caractérisent l'une des fièvres essentielles décrites dans la Nosographie philosophique, trouve-t-on sur le cadavre le tube digestif malade? A cela les faits répondent négativement. Relisez sous ce point de vue nos observations particulières, vous trouverez quelques cas des fièvre dites adynamiques ou ataxiques, dans lesquels le tube digestif n'a présenté, après la mort, aucune espèce de lésion appréciable. M. Bouillaud a cité des cas semblables. L'observation Ire de son *Traité des fièvres* relate

l'histoire d'un individu qui succomba rapidement avec tous les symptômes d'une fièvre inflammatoire intense (*febris ardens* ou *causus* des anciens), et chez lequel on ne trouva dans le tube digestif d'autre lésion que des vergetures d'un rouge foncé vers l'extrémité splénique de l'estomac ; mais notez que l'ouverture du cadavre fut faite pendant les chaleurs du mois de juillet, plus de vingt-quatre heures après la mort; et les personnes versées dans l'étude de l'anatomie pathologique savent fort bien qu'en ouvrant, sous l'influence de pareilles circonstances, le cadavre d'un sujet mort de maladie aiguë, neuf fois sur dix on trouvera un semblable état de l'estomac.

Dans l'observation XXIV du même ouvrage, il est question d'un homme qui, cinq jours après avoir éprouvé une fracture comminutive d'un membre, succomba au milieu des symptômes d'une fièvre dite putride ou adynamique. Le tube digestif ne présenta aucune altération. On ne rencontra pas non plus de lésion dans ce tube chez les individus qui font le sujet des observations XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, et qui, atteints d'affections locales diverses (érysipèle, gangrène extérieure, phlébite, etc.), succombèrent aussi avec les symptômes dits adynamiques, et spécialement avec la langue sèche, les dents fuligineuses.

M. Louis, qui regarde la lésion des follicules intestinaux comme le caractère anatomique de la fièvre typhoïde, a cependant publié quelques cas dans lesquels on ne trouva dans le tube digestif ni cette lésion ni aucune autre digne de remarque chez des individus qui, pendant leur vie, auraient certainement été regardés, par l'école de Pinel, comme atteints d'une fièvre adynamique. Ainsi, dans l'observation LI de son ouvrage, M. Louis décrit ainsi l'état du tube digestif d'un individu mort le onzième jour d'une maladie pendant laquelle il présenta du délire, de l'assoupissement, du météorisme, des selles involontaires, une langue d'abord sèche et râpeuse, puis noire et encroûtée :

« La membrane muqueuse gastrique était d'une teinte bistre ou verdâtre, très-légèrement ramollie, et d'une épaisseur proportionnée à son volume. L'intestin grêle était médiocrement distendu par des gaz, contenait un peu de bile jaune et de mucus. Sa membrane muqueuse avait la même couleur dans quelques points, et était généralement blanchâtre, d'une épaisseur et d'une consistance convenables, si ce n'est dans les quatre derniers pieds de l'iléon, où elle était un peu ramollie, toutes les plaques elliptiques étaient saines. Le gros intestin contenait des

matières fécales ; sa membrane interne était verdâtre ou jaunâtre, et, à cela près, parfaitement saine. Les glandes mésentériques étaient fort petites. »

L'individu dont l'histoire est consignée dans l'observation LII de l'ouvrage de M. Louis présentait, encore plus que le précédent, la réunion de tous les traits de la fièvre dite putride, ataxo-adynamique ou typhoïde, ou, si l'on veut, de la dothinentérie : au début, anorexie, vomissements, diarrhée, puis céphalalgie intense, délire, assoupissement, grande faiblesse musculaire, escarres au sacrum, taches comme scorbutiques sur la peau, selles involontaires, météorisme, langue collante, sèche. Cependant, voici dans quel état fut trouvé le tube digestif :

« L'estomac, d'un médiocre volume, contenait un peu de bile et quelques mucosités. Sa membrane interne était légèrement tachée de rouge dans toute son étendue. Le duodénum était sain. La membrane muqueuse de l'intestin grêle était pâle et parfaitement saine dans toute sa longueur. Il en était de même des plaques elliptiques de l'iléum, toutes minces, blanches ou légèrement tiquetées de gris, comme on l'observe dans l'état naturel. La membrane muqueuse du gros intestin était blanche, ramollie dans le colon droit, puis augmentait assez rapidement de consistance. Les glandes mésentériques étaient pâles, petites et saines. »

Au commencement même de cette année (1829), M. Dalmas a examiné à la Charité (clinique de M. Chomel) le cadavre d'un individu âgé de quinze ans, dont la maladie avait été regardée comme une fièvre typhoïde, et dont le tube digestif fut trouvé parfaitement sain.

M. le docteur Martinet a observé à l'Hôtel-Dieu un cas fort remarquable dans lequel, pour expliquer les symptômes de la fièvre ataxo-adynamique de Pinel, on ne trouva autre chose qu'un ramollissement considérable du foie et rien dans le tube digestif. Cette observation, publiée dans le tome LXVI de la *Bibliothèque médicale*, nous semble assez intéressante pour que nous la reproduisions ici textuellement :

« Un jeune garçon, âgé de 15 ans, habitant de Nanterre, malade depuis vingt-un jours environ, avait éprouvé successivement de la douleur au ventre, un dévoiement et un ictère consécutif ; pendant tout ce temps, il ne s'était nullement plaint de la tête. Le 27 avril 1817, il est conduit à l'Hôtel-Dieu ; le soir, il a du délire : on lui applique des sinapismes aux pieds.

» Le 28, décubitus en supination, affaissement général, assoupisse-

ment, sensibilité diminuée, rêvasseries, yeux habituellement fermés, à moins qu'on ne l'excite; pupille un peu dilatée, immobile; mouvements beaucoup moins libres que dans l'état naturel; le malade peut à peine soulever ses bras, surtout le gauche, qui retombe comme une masse. La paupière droite est demi-paralysée; la tête un peu douloureuse, la parole lente et pénible, les réponses difficiles et rarement justes. Pouls rare (cinquante-une pulsations); langue humide, un peu jaunâtre; bouche fétide; teinte jaune des conjonctives et du corps en général; lèvres fuligineuses; chaleur naturelle; douleur dans le ventre, n'augmentant pas sensiblement par la pression. Les jambes œdémateuses à leur partie inférieure, avec quelques ecchymoses; poitrine sonore, pas de toux; face peu altérée. *Traitement* : décoction de quinquina, limonade végétale vineuse; huit pilules de camphre, de trois grains chacune; julep, avec extrait de quinquina 1/2 gros, éther 1 gros; sinapismes aux genoux. Le soir, urines involontaires, jaunes; un peu de mieux, point de loquacité.

» Le 29, céphalalgie, mouvement plus facile du bras gauche; réponses justes; ouïe claire; langue humide, à peine blanchâtre; bouche nettoyée; ictère plus prononcé, point de selles; nulle douleur au ventre, même à la pression; même état du reste. *Traitement :* quatre sangsues derrière chaque oreille; cataplasme acétique sur la région du foie, eau de Seltz; le reste comme les jours précédents. Le soir, point de délire; les sangsues ont coulé toute la journée et toute la nuit.

» Le 30, assoupissement plus marqué; yeux fermés, surtout le droit, couverts de chassie; mouvement plus difficile des bras, qui ne peuvent être soulevés jusqu'à la tête; parole plus rare, plus lente, mais juste; pouls petit, serré, moins lent (soixante-cinq pulsations); ventre douloureux à la pression; tête moins douloureuse; constipation; les autres symptômes comme la veille. *Traitement :* eau de veau, tamarin avec tartre stibié, 1 1/2 gr.; sulfate de magnésie, 2 onces; lavements laxatifs; fomentations émollientes; eau de Seltz; dix sangsues sur la région du foie. Quelques moments après la visite le malade est plus mal, l'assoupissement augmente; le soir, après l'application des sangsues, l'état comateux est encore plus prononcé.

» Le 1er mai, face beaucoup plus jaune, décolorée, altérée; dilatation des ailes du nez; état comateux, yeux fermés, pupilles rétractées; réponses nulles, plaintes continuelles; respiration courte; pouls petit, moins fréquent (cent seize pulsations); bouche et langue humides; nul

mouvement des membres, qui cependant ne retombent pas comme une masse, après avoir été soulevés ; constipation. *Traitement :* bain à 25°, trois affusions à 70° (effet à peine marqué, le pouls se développe un peu dans le bain) ; décoction de quinquina gommée ; lin, pariétaire ; lavement avec décoction de quinquina ; camphre 1 gros ; julep avec extrait de quinquina 1 1/2 gros ; éther 1 gros ; musc gr. 12 en 4 pilules ; sinapismes aux genoux et aux cuisses.

» Dans la nuit, mort.

OUVERTURE DU CADAVRE.

» *Habitude du corps.* Ictère général, téguments de l'abdomen verdâtres.

» *Tête.* Cerveau, cervelet, protubérance annulaire, membranes dans l'état naturel, point de sérosité dans les ventricules.

» *Poitrine.* Les lobes inférieurs des poumons sont gorgés de sang dans leur partie postérieure, ce qui ne peut être considéré que comme un effet cadavérique, du reste ils sont très-sains ; la membrane muqueuse trachéale est d'un rouge un peu livide, jusqu'aux premières ramifications des bronches ; le cœur et le péricarde ne présentent rien de particulier.

» *Abdomen.* Le foie, d'un tiers moins volumineux qu'à l'ordinaire, et dans un état de ramollissement considérable, se laissait pénétrer par le doigt avec la plus grande facilité, et se réduisait en une espèce de pulpe. Son tissu ne peut mieux être comparé qu'à celui de la rate, et sa couleur à celle de la rhubarbe, qu'il imitait parfaitement, par le mélange des stries rougeâtres que l'on remarquait dans son parenchyme, qui du reste était entièrement jaune.

» La membrane muqueuse de l'estomac présentait, seulement vers le pylore, quelques points rouges. L'épiploon était également rouge dans une assez grande étendue ; le mésentère dans quelques points seulement. La vessie, les reins, la membrane interne des intestins se trouvaient dans l'état naturel ; quelques-uns des ganglions mésentériques étaient augmentés de volume (1). »

---

(1) Tout en accordant la plus grande confiance aux résultats obtenus par un observateur aussi exact et aussi éclairé que M. Martinet, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer qu'à nos yeux l'augmentation de volume des ganglions mésentériques

Le docteur Neumann, médecin de l'hôpital de la Charité de Berlin, ne paraissait pas encore connaître les travaux de notre savant compatriote, M. Bretonneau, sur la dothinenterie, lorsqu'en 1816 il publia un mémoire sur une espèce de fièvre qu'il regarde comme régnant chaque année épidémiquement à Berlin, et qu'il compare au typhus. La description générale qu'il en donne est celle qu'on pourrait faire en rassemblant ce qu'offrent de commun nos observations particulières réunies à celles de MM. Petit, Bouillaud, Louis, etc. Chez les individus qui ont succombé, M. Neumann dit avoir trouvé, vers la fin de l'intestin grêle, des plaques, des ulcérations, en un mot, cet ensemble de lésions qui constituent notre exanthème intestinal ou la dothinentérie de M. Bretonneau. Cependant, bien que ces lésions aient été rencontrées par M. Neumann dans la majorité des cas, il en est quelques-uns dans lesquels il ne les a pas observées ; il n'y avait à la surface interne de l'intestin qu'une injection peu considérable des capillaires ; quelquefois enfin cette injection elle-même manquait, et l'autopsie ne montrait dans les voies digestives aucune trace de maladie.

Enfin, dans la maladie fébrile qui règne endémiquement dans plusieurs parties de la Grande-Bretagne, et qui, par ses symptômes, présente la ressemblance la plus grande avec nos fièvres continues, bien souvent on a trouvé au sein du tube digestif des altérations pareilles à celles que nous ont offertes la plupart de nos observations. Toutefois, dans un certain nombre de cas, le docteur Allison, d'Édimbourg, à qui l'on doit une excellente description de cette maladie, affirme n'avoir rencontré ni plaques exanthémateuses, ni ulcérations, ni aucune autre lésion dans les voies digestives. Nous devons accorder d'autant plus de confiance aux recherches de ce médecin qu'à l'époque où il s'y livra, il venait de quitter Paris, où il avait assisté à plusieurs ouvertures de cadavres d'individus morts de fièvres graves, et qu'à Édimbourg il fit des autopsies, s'attendant à retrouver ces mêmes plaques, ces mêmes exanthèmes, ces mêmes rougeurs qu'on lui avait montrées à Paris, et dont il avait lu la description dans les ouvrages français.

En rapprochant de ces faits vus par divers hommes et en divers lieux, les faits que nous avons recueillis nous-même, et que nous avons

---

est une présomption pour croire que la membrane muqueuse intestinale n'était pas aussi parfaitement saine que le dit l'auteur : peut-être aussi avait-elle été antérieurement malade.

cités avec tous leurs détails dans les observations particulières, nous nous croyons fondé à établir la proposition suivante :

Dans les pyrexies qui constituent les divers groupes morbides désignés dans la Nosographie de Pinel sous le nom de fièvres essentielles, on ne trouve pas constamment, après la mort, des lésions dans le tube digestif.

D'où il suit que plusieurs de ces groupes morbides peuvent avoir une existence indépendante de celle d'une affection gastro-intestinale.

B. FRÉQUENCE DES LÉSIONS DU TUBE DIGESTIF.

Si ces lésions ne sont pas constantes, sont-elles au moins tellement fréquentes, que par cette fréquence même elles acquièrent à peu près autant d'importance que si elles ne manquaient jamais ?

Depuis que M. Broussais a appelé l'attention sur l'état du tube digestif dans les fièvres, des faits innombrables ont démontré que dans presque tous les cas où l'on ouvre le cadavre d'un individu mort pendant le cours d'une fièvre dite essentielle, on trouve le tube digestif malade. Nos observations propres confirment pleinement ces résultats, qui peuvent se traduire dans la proposition suivante :

Dans les pyrexies qui constituent les divers groupes morbides désignés sous le nom de fièvres essentielles, on trouve très-fréquemment, après la mort, quatre-vingt-dix-huit fois sur cent environ, des lésions dans le tube digestif.

D'où il suit que les lésions du tube digestif jouent un rôle très-important dans ces maladies, et qu'elles doivent être prises en considération, soit qu'il s'agisse de remonter à la nature des fièvres, soit qu'on veuille en déterminer le traitement. La fréquence des lésions intestinales dans les fièvres nous a tellement convaincu de leur importance, que, sachant qu'elles manquent quelquefois, sachant aussi que, lorsqu'elles existent, elles ne peuvent pas tout expliquer, nous avons cru cependant devoir parler des fièvres dans la partie de notre clinique spécialement consacrée aux maladies des organes abdominaux.

C. SIÉGE ET NATURE DES LÉSIONS DU TUBE DIGESTIF.

Examiné depuis l'orifice cardiaque de l'estomac jusqu'à la fin du rectum, le tube digestif ne se montre pas altéré avec une égale fréquence

dans ses diverses parties chez les individus qui succombent pendant le cours d'une fièvre continue.

a. Estomac.

Sur plusieurs sujets nous avons trouvé cet organe exempt de toute lésion appréciable : il était, dans toute son étendue, d'une grande blancheur ; à peine quelques veines se dessinaient-elles au-dessous de sa membrane muqueuse. Cette membrane, ainsi que les autres tuniques, avaient partout leur consistance physiologique ; elles n'étaient non plus ni plus minces ni plus épaisses que dans leur état normal.

Sur d'autres sujets plus nombreux que les précédents, la surface interne de l'estomac présentait, en quelques points de son étendue, des taches rouges qui résultaient de l'agglomération d'une foule de petits vaisseaux finement injectés. Tantôt ces taches réunies occupaient un espace à peine assez grand pour recevoir une pièce de cinq sous à quarante sous ; tantôt, et ce dernier cas était plus rare que le précédent, le tiers ou la moitié de l'estomac présentait cette espèce d'injection.

D'autres fois on observait à la surface interne de l'estomac une injection générale, mais peu considérable.

Cette injection se montrait plus fréquemment vers le grand cul-de-sac que dans les autres parties de l'estomac.

Dans quelques cas nous avons trouvé la teinte rouge remplacée par une coloration brune, ardoisée ou jaune.

Chez un très-petit nombre de sujets nous avons constaté l'existence d'ecchymoses peu étendues dans le tissu cellulaire sous-muqueux ; ces ecchymoses occupaient plus particulièrement la portion splénique de l'estomac.

A peine avons-nous rencontré deux ou trois fois une augmentation notable de consistance de la membrane muqueuse gastrique. Très-souvent, au contraire, nous avons constaté un ramollissement considérable de cette membrane ; mais ce ramollissement n'était pas également fréquent sur tous les points de l'estomac ; assez rare dans la portion pylorique ainsi que sur les faces antérieure et postérieure de l'estomac, il se montrait comme une lésion très-commune dans le grand cul-de-sac. Il présentait, sous le rapport de sa couleur, trois variétés : une blanche, une grise ou brune, et une rouge.

Dans un seul cas, ce ramollissement n'était pas borné à la membrane

muqueuse; toutes les tuniques en avaient été atteintes; il suffisait de les tirailler très-légèrement pour les rompre; en plusieurs points même, les tuniques muqueuse, celluleuse et musculaire, avaient disparu, et les parois de l'estomac n'étaient plus constituées en ces points que par la membrane séreuse, qui était devenue elle-même très-friable. Ce remarquable ramollissement existait d'ailleurs sans rougeur ni aucune autre coloration insolite.

Une fois la membrane muqueuse de l'estomac nous a présenté un grand nombre d'ulcérations, toutes semblables en forme et en grandeur, et une autre fois nous avons trouvé l'estomac complétement perforé dans sa portion splénique.

Les matières contenues dans l'estomac nous ont rarement offert quelques particularités dignes de remarque. Le plus ordinairement il ne contenait autre chose que les boissons avalées par les malades, et quelques gaz. Nous n'avons jamais trouvé dans l'estomac une quantité de mucosités très-considérable, et ce n'est que dans un très-petit nombre de cas qu'il contenait de la bile. Chez un individu qui avait eu, dans les dernières heures de sa vie, un abondant vomissement noir, la surface interne de l'estomac était couverte par une matière analogue à celle du vomissement; cette matière ne semblait être autre chose que du sang modifié dans sa couleur et dans quelques-unes de ses propriétés par son séjour dans l'estomac.

Le volume de l'estomac ne nous a paru que très-rarement différer de celui qu'il présente sur la plupart des cadavres. Deux ou trois fois seulement nous l'avons trouvé tellement contracté vers sa portion pylorique, qu'il égalait à peine, dans cette portion, le volume d'un intestin grêle; dans ce cas, la membrane muqueuse n'était pas plus malade que dans d'autres cas où n'existait pas une semblable coarctation.

Tels sont les états divers dans lesquels nous avons trouvé l'estomac des individus morts pendant le cours de fièvres continues. Dans tout cela il n'y a rien de spécial, il n'y a rien qu'on ne trouve dans l'estomac des individus morts de toute autre maladie. Sur une foule de cadavres on retrouve ces injections, ces rougeurs, ces colorations diverses, ces ecchymoses, ces ramollissements, sans qu'il y ait eu pendant la vie aucun symptôme qui rappelle ceux des fièvres dites essentielles; ces altérations n'appartiennent pas plus aux maladies aiguës qu'aux maladies chroniques; plusieurs même peuvent être regardées à juste titre comme un résultat purement cadavérique. Quant aux ulcérations que nous avons

trouvées une fois dans l'estomac, et à la perforation qu'une fois aussi il nous a offerte, on les rencontre aussi dans d'autres maladies, et elles ne peuvent d'ailleurs expliquer les symptômes que pour les cas mêmes où on les a observées.

Ce que nous venons de dire se fortifie encore du résultat des observations de M. Bouillaud, et de celles de M. Louis, qui n'ont pas trouvé dans l'estomac des altérations différentes de celles que nous venons de rappeler.

Ces faits nous conduisent à établir les propositions suivantes :

1re. On trouve l'estomac sain chez un grand nombre d'individus qui succombent pendant le cours d'une fièvre dite essentielle, quelle qu'ait été la forme symptomatique de cette fièvre.

2e Les altérations qu'on trouve dans l'estomac des individus qui meurent pendant le cours de cette fièvre n'ont rien de spécial, rien qui puisse en constituer le caractère anatomique.

3e Ces altérations ne diffèrent pas de celles que l'on découvre sur les cadavres des individus morts de toute autre maladie, soit aiguë, soit chronique.

4e Elles se rencontrent avec une fréquence à peu près égale, et chez les sujets morts pendant une fièvre continue, et chez ceux qui succombent à une maladie différente (1).

5e Toute fièvre dite essentielle n'est pas nécessairement le produit d'une gastrite.

6e Les traces de gastrite qu'on trouve à l'ouverture des corps ne sauraient toujours suffire pour rendre raison des divers groupes morbides appelés fièvres essentielles.

7e Avant de placer dans un état inflammatoire de l'estomac la cause de ces maladies, il faudrait commencer par défalquer, de ce qui peut caractériser cet état inflammatoire, les altérations diverses qui peuvent être dues à une toute autre cause qu'à un travail d'irritation, et dont plusieurs même ne se sont formées qu'après la mort (2). On trouverait alors que le nombre des cas où l'on peut rapporter la fièvre à une phlogose gastrique devient moins considérable qu'on ne serait d'abord porté à le croire.

---

(1) Les recherches qui nous ont amené à établir cette quatrième proposition sont tout à fait confirmatives de celles de M. Louis.

(2) Voyez sur ce point de doctrine notre *Précis d'anatomie pathologique*.

8e Il est cependant des cas où la gastrite aiguë doit être regardée comme le point de départ des fièvres graves (1).

b. Intestin grêle.

Envisagées relativement à leur siége, les altérations de l'intestin grêle se montrent d'autant plus fréquentes, qu'on examine cette partie du tube digestif plus près de son union avec le gros intestin.

Ainsi, nous n'avons trouvé que très-rarement le duodénum affecté. Ce n'est aussi que dans un petit nombre de cas que le reste de l'intestin grêle, dans ses quatre cinquièmes supérieurs nous a présenté quelque lésion; au contraire, c'est dans le cinquième inférieur de ce même intestin que l'on trouve les lésions les plus constantes et les plus spéciales chez les individus qui succombent pendant le cours d'une fièvre continue.

Passons en revue les différents états que nous a offerts cet intestin.

1° État sain. C'est le cas le plus rare; quelques-unes de nos observations montrent cependant que l'intestin grêle peut ne présenter aucune sorte d'altération, à la suite de fièvres de nature diverse.

2° État actuellement sain, avec traces d'une maladie récemment terminée.

Chez quelques-uns de nos malades, morts par un accident quelconque pendant la convalescence d'une fièvre grave, nous avons trouvé à la surface interne de la fin de l'intestin grêle, soit les cryptes agminés, soit les follicules de Brunner, beaucoup plus apparents que de coutume; un point grisâtre marquait chacun de leurs orifices; du reste, ils ne présentaient aucune apparence morbide. Il nous parut vraisemblable que ce développement insolite des follicules dépendait de ce qu'un certain temps avant la mort, pendant le cours même de la fièvre, ils avaient été affectés; nous les examinions à une époque où ils revenaient à leur état normal.

Chez d'autres malades, morts également pendant la convalescence, ce n'étaient plus ces plaques folliculeuses que nous observions; mais là où

---

(1) Nous avons cité quelques cas qui démontrent cette huitième proposition. (*Voyez* les observations particulières, et spécialement celles consignées dans l'article II du chapitre Ier.) Voyez aussi nos observations sur la gastrite aiguë, dans le tome IV de cet ouvrage.

elles existent ordinairement, un examen attentif nous montrait que la membrane muqueuse, loin d'être plus épaisse, était au contraire plus mince que dans les points intermédiaires ; là il n'y avait plus de villosités; l'on ne trouvait qu'une couche mince, comme cellulo-vasculaire, qui semblait être une muqueuse réduite à son plus grand état de simplicité; il nous sembla que c'était là une membrane de nouvelle formation, qui venait de prendre la place d'ulcères cicatrisés.

3° État érythémateux.

Toutes les nuances d'injection vasculaire qui ont été trouvées dans la membrane muqueuse intestinale (1) se sont présentées à nous dans les maladies qui nous occupent. C'est surtout vers la partie inférieure de l'intestin grêle qu'on observe communément cette injection. Tantôt elle existe comme la seule lésion, ce qui est assez rare, mais ce dont nous avons cependant cité des exemples ; tantôt elle existe comme lésion secondaire, autour d'autres altérations dont nous parlerons plus bas.

Il est des cas où le plan même de la muqueuse est à peine coloré, tandis que l'injection est très-vive dans les seules villosités. Le docteur Scoutetten a récemment appelé l'attention sur cette sorte d'injection toute spéciale, que nous avons plus d'une fois constatée, et qu'il regarde comme aussi propre que la lésion des follicules à produire les fièvres continues.

4° État exanthémateux.

Par cette expression nous voulons désigner cette espèce d'éruption que l'on trouve, comme lésion toute spéciale, à la surface interne de la fin de l'intestin grêle, chez les individus morts pendant le cours de fièvres continues, légères ou graves. Très-bien indiqué par MM. Petit et Serres, décrit par nous dans la première édition de notre Clinique, mieux apprécié dans sa nature par M. Bretonneau, suivi dans toutes ses variétés par M. Louis, l'exanthème intestinal constitue la première période de la maladie que M. Bretonneau a appelée dothinenterie. Il est inutile aujourd'hui de chercher à prouver que cet exanthème a pour siége les follicules intestinaux. S'est-il emparé de ces agglomérations de cryptes que l'on connaît sous le nom de plaques de Peyer : il en résulte, dans le cinquième inférieur de l'intestin, l'existence de plaques le plus ordinairement ovalaires, de grandeur variable, et qui font au-dessus du

---

(1) Voyez *Précis d'anatomie pathologique.*

niveau de la muqueuse une saillie de quelques lignes ; les unes sont d'un rouge plus ou moins vif ; d'autres sont grises, jaunes ou noirâtres, et ressemblent alors à des escarres ; d'autres sont d'un blanc mat. Tantôt elles sont plus dures que la muqueuse qui les environne; tantôt, au contraire, elles sont d'une grande friabilité, et un léger grattage les réduit en pulpe. Il est des cas où, à leur surface libre, on peut facilement reconnaître la disposition des follicules ; on en retrouve les orifices, et ces petits corps, dont la forme n'est devenue que plus distincte par leur augmentation de volume, sont séparés par des espaces bien appréciables que traversent plus facilement les rayons lumineux. Il est d'autres cas où ces follicules ne sont plus distincts, et la plaque entière ne représente plus qu'une masse homogène, dont la structure élémentaire cesse d'être appréciable ; alors ces plaques ne peuvent plus être regardées comme appartenant à des follicules développés qu'en raison de leur forme et de leur siége.

Du reste, il ne faut pas croire que ces plaques soient uniquement constituées par le développement des follicules ; très-souvent au-dessous de ces derniers, on trouve la couche celluleuse très-épaisse elle-même, et elle participe alors autant que les follicules à la production de l'exanthème.

Cet exanthème peut se terminer de plusieurs manières. Il est des cas, moins nombreux toutefois qu'on ne l'a dit, où une véritable gangrène paraît s'en emparer ; une ou plusieurs plaques viennent alors à se détacher comme des escarres, laissant à leur place une ulcération. D'autres fois, sans que rien démontre l'existence d'une gangrène préalable, la plaque exanthémateuse se détruit en plusieurs points de son étendue. Il en résulte à sa surface libre plusieurs petits ulcères qui s'agrandissent et finissent pas se réunir, et ainsi se produit enfin la complète disparition de l'exanthème. Chez d'autres sujets, cet exanthème affecte une terminaison différente ; il perd sa rougeur, semble s'indurer, et ne représente plus à la surface interne de l'intestin que des plaques d'un blanc plus mat que le reste de la muqueuse. Ces plaques peuvent persister plus ou moins longtemps sans produire de symptômes, ou du moins sans être accompagnées de ces phénomènes généraux qui avaient d'abord coïncidé avec leur développement : c'est le passage de la lésion de l'état aigu à l'état chronique. Enfin cet exanthème peut se terminer par simple résolution ; alors les plaques qui les constituent s'affaissent peu-à-peu, et à leur place on ne trouve plus que ces bandes oblongues,

pointillées de gris ou de noir, que nous avons décrites dans quelques-unes de nos observations particulières.

Il est un autre exanthème qui se montre aussi à la surface interne de l'intestin grêle, dans les mêmes cas que le précédent; comme celui-ci, il occupe surtout la partie de l'intestin la plus rapprochée du cœcum; mais au lieu de se montrer sous forme de larges plaques ovalaires ou oblongues, il apparaît sous celle de boutons isolés les uns des autres, rouges, gris ou blanchâtres, conoïdes, et qui présentent le plus souvent à leur sommet un orifice d'où l'on fait suinter par la pression un liquide muqueux ou puriforme. En examinant un certain nombre de ces boutons, on en trouve quelques-uns sur lesquels on ne peut découvrir aucune trace d'orifice; on en trouve d'autres, au contraire, dont l'orifice, s'agrandissant de plus en plus, se transforme en une ulcération qui, commençant par le sommet du bouton, s'étend peu à peu jusqu'à sa base. Tantôt on ne trouve que quelques-uns de ces boutons épars en petit nombre à la surface interne de l'intestin; tantôt ils sont en quantité innombrable, et s'ils sont en même temps déprimés à leur sommet, comme cela arrive lorsqu'ils commencent à s'ulcérer, il en résulte à la surface interne de l'intestin une éruption qui présente une très-grande analogie de forme avec la variole.

De même que l'exanthème en plaques, l'exanthème boutonneux que nous venons de décrire a évidemment son siége dans les follicules intestinaux; la différence de forme de ces deux exanthèmes dépend uniquement de ce que le premier est constitué par des amas de follicules, et le second par des follicules isolés.

Lorsqu'on examine l'intestin grêle d'individus morts peu de temps après avoir eu une fièvre grave, il arrive quelquefois qu'avec ou sans les plaques pointillées de gris ou de noir dont nous avons parlé, on trouve aussi des traces de l'inflammation des follicules isolés (dits *follicules de Brunner*). Alors on aperçoit à la surface interne de l'intestin un plus ou moins grand nombre de petits corps blancs ou gris, d'une assez grande consistance, au centre desquels existe un point d'un bleu noirâtre. Qui pourrait ne pas reconnaître dans ces corps des follicules un peu plus développés que de coutume?

On a dit que l'une et l'autre des variétés de l'exanthème intestinal que nous venons de décrire affectait dans son développement des périodes fixes, qui pouvaient être comparées à celles que parcourt l'éruption variolique; de telle sorte qu'en sachant l'époque de la maladie à laquelle

la mort est survenue, on pouvait annoncer, avant d'ouvrir le cadavre, à quelle période on trouverait l'exanthème : si, par exemple, il serait encore intact, ou déjà ulcéré, etc. Nos observations ne nous ont pas conduit à des résultats semblables. Nous avons déjà trouvé les follicules ulcérés chez des individus qui étaient morts peu de jours après l'invasion de la maladie; et, au contraire, il nous est arrivé plus d'une fois de ne rencontrer encore qu'un simple exanthème, sans aucune apparence d'ulcération, chez des individus qui n'avaient succombé que fort tard.

Il ne nous paraît pas non plus exact de dire que l'exanthème en plaques ou en boutons tende nécessairement à l'ulcération, et que par conséquent un individu ne puisse guérir qu'après que les plaques ou que les boutons se seront transformés en ulcérations, et que celle-ci se seront ensuite cicatrisées. L'escarre ou le bourbillon, dont la chute, a-t-on dit, donne lieu à l'ulcération, n'est qu'une des terminaisons possibles de l'exanthème, mais n'en est pas une terminaison nécessaire; et un individu peut fort bien guérir d'une fièvre continue, après n'avoir eu autre chose qu'une inflammation exanthémateuse des follicules, sans escarre, sans suppuration, sans ulcération antécédente. C'est ce qu'a fort bien reconnu M. Bretonneau.

L'état de la muqueuse, entre les plaques et les boutons, doit fixer notre attention. Elle se présente sous deux aspects différents : tantôt elle est blanche dans tous ses points, et ne présente nulle part de trace de maladie; il n'y a alors de maladie que dans les seuls follicules. Tantôt, au contraire, cette membrane est aussi malade dans les intervalles des follicules; elle est, soit simplement injectée à divers degrés, soit modifiée à divers degrés dans sa consistance.

Une fois qu'on se fut assuré que nulle lésion n'est plus fréquente, dans les fièvres continues, que l'exanthème intestinal ou que la dothinenterie, comme l'appelle M. Bretonneau, un travail fort important restait à faire; il s'agissait de déterminer si chez les individus morts pendant le cours de maladies autres que les fièvres, on trouverait aussi cet exanthème; car s'il était arrivé qu'on l'eût rencontré dans toute affection aussi fréquemment qu'une hypérémie ou qu'un ramollissement de l'estomac, il est clair que cet exanthème eût perdu sa valeur, comme caractère anatomique d'un grand nombre de fièvres dites essentielles.

Mais il n'en est point ainsi : vainement avons-nous bien souvent

cherché cet exanthème dans l'intestin des individus morts de maladies aiguës autres que les fièvres : nous ne l'avons pas rencontré ; nous avons trouvé seulement, chez les différents sujets, un développement fort inégal des follicules, mais rien qui ressemblât à l'exanthème des fièvres.

Que si nous examinons l'intestin dans les cas de maladies chroniques, nous en trouverons une, la phthisie pulmonaire, où l'iléum présente une altération qui se rapproche, plus qu'aucune autre, de l'exanthème des fièvres. Cette altération a aussi son siége dans les follicules agminés, qui deviennent très-saillants, et qui représentent des plaques en relief, de forme ovalaire, à la surface de l'intestin. En incisant sur ces plaques, on en exprime une matière tuberculeuse qui remplit les follicules, et à laquelle est due surtout leur tuméfaction. Dans ce cas la marche chronique de l'affection suffit pour apporter dans les symptômes une prodigieuse différence ; mais ce cas prouve toutefois que les follicules agminés de Peyer peuvent s'affecter, et se transformer en plaques exanthémateuses dans d'autres maladies que dans les fièvres continues.

M. Louis, dont nous aimons souvent à invoquer le précieux témoignage, a recherché aussi l'exanthème intestinal dans les différentes maladies aiguës autres que les fièvres, et il ne l'a, non plus que nous, jamais rencontré, si ce n'est dans un cas de scarlatine, où il a trouvé trois des plaques elliptiques rouges et un peu épaisses. Encore dans ce cas l'existence de la scarlatine ne fut-elle pas bien constatée, et l'individu mourut le second jour de son admission à l'hôpital, avant qu'on ait eu le temps de recueillir quelques renseignements sur sa maladie. Dans trois autres cas de scarlatine, et dans deux autres cas qu'il ne spécifie pas, M. Louis a trouvé un très-grand développement des follicules de Brunner ; nous avons rencontré le développement de ces follicules isolés plus souvent que M. Louis, chez des individus morts d'autres maladies aiguës que de fièvres ; aussi pensons-nous que leur développement appartient moins exclusivement à ces affections que celui des follicules agminés (1).

5° Ulcérations.

---

(1) Une des lésions les plus constantes que nous ayons rencontrées dans le choléra épidémique, c'est aussi la tuméfaction des follicules intestinaux, tant des isolés que des agminés. Mais les plaques et les boutons qui en résultent ne font qu'une légère saillie au-dessus du niveau de la muqueuse, et leur couleur est généralement blanche.

C'est dans la partie de l'intestin grêle où se développe l'exanthème que se montrent à peu près exclusivement les ulcérations. Il est facile, dans beaucoup de cas, de reconnaître qu'elles résultent de la destruction soit des plaques elliptiques, soit des follicules de Brunner. On les voit en effet commencer à la surface même de ces plaques, ou au sommet de ces follicules, et dans un même intestin on peut en suivre tous les progrès jusqu'à la disparition complète des follicules. Il est des sujets sur lesquels on trouve dans un petit espace de l'intestin, à côté les uns des autres, 1° des plaques intactes; 2° des follicules isolés, également intacts; 3° des plaques et des follicules qui commencent à s'ulcérer; 4° des ulcérations simples. D'autres fois ce n'est plus que par analogie qu'on peut admettre que ces ulcérations ont succédé à une destruction des follicules; rien n'indique plus qu'il y ait eu engorgement préalable de ces corps; dans ce cas cependant les ulcérations occupent le même point de l'intestin que dans le cas précédent : elles ont la même forme, le même aspect. Presque toujours on les trouve, comme les plaques elliptiques, vers le côté de l'intestin opposé à celui qui donne attache au mésentère. Il en est qui sont exactement arrondies, et on les dirait faites par un emporte-pièce, tant elles sont régulières. D'autres représentent tout à fait la forme des plaques de Peyer; assez souvent plusieurs, en s'agrandissant, se réunissent en une seule, qui occupe alors une grande étendue; il n'est pas rare de voir la face supérieure de la valvule iléo-cœcale transformée en une seule et vaste ulcération : il n'est pas rare non plus de trouver la muqueuse de l'intestin grêle complétement détruite dans l'étendue de six à huit pouces au-dessus de la valvule. D'autres fois, au contraire, on ne découvre que de très-petites ulcérations qui admettraient à peine une pièce de cinq sous, ou qui ont même encore un diamètre beaucoup moins considérable.

Le fond de ces ulcérations, leurs bords, les portions de membrane muqueuse situées entre elles, présentent plusieurs aspects qu'il est important de distinguer.

Leur fond peut être constitué soit par le tissu cellulaire sous-muqueux, soit par la tunique musculaire, soit seulement par le péritoine. Lorsque c'est le tissu cellulaire, tantôt il est mince, pâle, et ne diffère en rien de ce qu'il est dans l'état normal, tantôt il est notablement épaissi, comme rugueux, et ordinairement coloré, rouge, grisâtre, jaune ou noir. A quelques points de sa surface libre tiennent encore parfois des débris de muqueuses, prêts à se détacher comme des escarres.

Lorsque c'est la couche musculaire qui constitue le fond de ces ulcérations, il peut arriver qu'on la trouve, comme la couche celluleuse, soit avec ses qualités normales, soit altérée dans sa consistance et dans sa couleur.

Lorsqu'enfin il n'y a plus au fond des ulcérations que la tunique péritonéale, on peut trouver celle-ci d'une fragilité telle, que la traction la plus légère suffise pour la rompre; de telle sorte que si l'individu eût vécu plus longtemps, une cause toute mécanique, comme, par exemple, la distension d'une anse d'intestin par des gaz, aurait suffi pour produire une perforation intestinale.

Les bords des ulcérations sont formés par la muqueuse, tantôt rouge et épaissie, tantôt blanche et mince.

Quant aux portions de membrane muqueuse situées entre les ulcérations, elles sont souvent injectées, ramollies ou exanthémateuses; mais assez souvent aussi elles ne présentent aucune sorte d'altération appréciable; elles peuvent même offrir la plus parfaite blancheur.

Nous avons spécialement rencontré ces ulcérations avec blancheur et autres qualités normales des tissus qui en formaient le fond et les bords, dans des cas où, à l'époque de leur mort, les individus touchaient à la convalescence, ou même pouvaient déjà être regardés comme convalescents. Nous sommes porté à penser que les ulcérations qu'on trouve dans cet état sont en voie de guérison.

Mais il est d'autres cas où l'on trouve cette guérison encore plus avancée, et où l'état particulier dans lequel on rencontre quelques points de l'intestin, ne saurait être considéré comme autre chose que comme un véritable travail de cicatrisation plus ou moins avancé. L'observation XXXVIII nous a montré un exemple de cette cicatrisation; on pouvait d'autant plus l'admettre, dans ce cas, que l'individu chez lequel nous trouvâmes dans l'intestin cet état spécial que nous regardâmes comme l'indice d'une ulcération cicatrisée, avait succombé pendant la convalescence d'une fièvre grave.

Les cicatrisations d'ulcérations intestinales survenues dans ces mêmes circonstances ont été également signalées par M. Bouillaud et par M. Louis. Chez un individu mort d'un érésipèle gangréneux d'un membre, quarante-trois jours après l'invasion de la fièvre dont les symptômes s'étaient notablement amendés à l'époque de la mort, M. Louis trouva près du cœcum *plusieurs ulcérations dont le pourtour était affaissé, et dont le centre était tapissé par un feuillet extrêmement mince, comme*

séreux, continu avec le tissu sous-muqueux du pourtour. Chez un autre individu qui mourut également lorsque déjà avaient apparu chez lui tous les signes de la convalescence, le même observateur rencontra une plaque de Peyer qui, dans une partie de son étendue, était lisse, brillante, déprimée, et dépourvue de membrane muqueuse. « Celle-ci, dit M. Louis, dont nous citons textuellement les paroles, finissait près du pourtour de la plaque, et adhérait dans ce point à une pellicule extrêmement mince, de l'aspect des membranes séreuses, qui recouvrait la tunique musculaire et se continuait avec le tissu sous-muqueux (1). »

Dans les deux cas cités par M. Louis, une nouvelle membrane muqueuse ne s'est pas formée; au contraire, dans les cas que nous avons rapportés il semblait y avoir eu reproduction de la muqueuse elle-même, mais d'une muqueuse qui n'avait encore ni villosités ni follicules.

Du reste, on trouvera dans nos observations particulières quelques cas où, bien que les individus aient succombé, comme les précédents, pendant leur convalescence, les ulcérations, encore très-caractérisées, ne présentaient aucune tendance à la cicatrisation. De pareils faits ont été signalés par M. Louis; ils nous conduisent à cette conséquence, que les symptômes généraux qui constituent la fièvre ne sont pas tellement liés à la lésion intestinale, qu'ils ne puissent disparaître, bien que celle-ci existe encore; mais de ces faits il ne faudrait pas tirer la conclusion que la lésion intestinale n'a pas produit la fièvre; car le seul passage de cette lésion à un état moins aigu suffirait pour expliquer la cessation des sympathies, et par conséquent de la fièvre. D'ailleurs n'en est-il pas ainsi de toutes les lésions de nos divers organes? Toutes ne peuvent-elles pas exister à un état complétement latent, soit d'une manière continue, soit seulement par intervalles? et notez bien que pour toutes ce ne sont pas seulement les symptômes généraux qui peuvent manquer : il peut y avoir aussi absence complète des symptômes locaux. Rappelez-vous ces nombreux cas de pneumonies latentes que nous avons rencontrés si souvent dans nos observations particulières, et que n'annonçaient ni la toux, ni la dyspnée, ni l'expectoration.

---

(1) *Voyez* encore la description de quelques cicatrisations d'ulcérations dans l'ouvrage de MM. Petit et Serres, et dans le mémoire de M. Trousseau sur la dothinentérie. (*Archives de médecine.*)

6° Perforations (1).

Elles doivent être considérées comme une des terminaisons de lésions diverses que nous venons de passer en revue. Elles sont la cause immédiate de la mort d'un certain nombre d'individus atteints de fièvres continues. Elles ont pour siége le plus fréquent, soit les plaques exanthémateuses ci-dessus décrites, soit les ulcérations qui ont, ou non, succédé à ces plaques.

La probabilité des perforations n'est pas toujours en raison directe du nombre, de l'étendue, de la gravité des ulcérations, ou autres lésions intestinales. Une de nos observations (obs. x) nous a montré un cas de perforation intestinale survenue chez un individu dont l'intestin ne présentait qu'une seule ulcération, d'un diamètre très-peu considérable, avec quelques plaques fort peu étendues autour d'elle.

Les perforations intestinales ne surviennent, le plus ordinairement, qu'à une époque avancée de la maladie, lorsque déjà existent les symptômes de la fièvre dite adynamique. Il en résulte une péritonite qui, dans beaucoup de cas, se dévoile par ses signes accoutumés, mais qui dans quelques cas, cependant, n'est annoncée par aucune douleur, ce qui tient sans doute à l'émoussement général de la sensibilité; si l'abdomen était antécédemment ballonné, la péritonite ne lui fait pas changer de forme; la petite quantité de liquide qui se produit est alors bien difficile à reconnaître; en un mot, les différents signes locaux de la péritonite peuvent n'être que très-imparfaitement dessinés, et il est des cas où l'accroissement subit de la prostration, la rapide décomposition des traits, ont été les seuls accidents nouveaux qui aient coïncidé avec l'invasion de ces péritonites par perforation.

Une mort prompte suit communément les péritonites qui, dans le cours des fièvres, se développent à l'occasion d'une perforation intestinale; les malades peuvent succomber de douze à vingt heures après l'apparition des premiers signes qui portent à soupçonner un pareil accident; toutefois, la mort peut aussi ne survenir que beaucoup plus tardivement. Nous avons vu un individu qui était déjà parvenu à l'une des dernières périodes de la fièvre adynamique, lorsque tout à coup des vomissements survinrent, et en même temps l'abdomen devint tendu et

---

(1) *Voyez*, pour la description de ces perforations, notre *Précis d'anatomie pathologique*.

douloureux à la pression ; nous présumâmes qu'une des ulcérations qui existaient très-probablement dans l'intestin, s'était terminée par perforation. Cependant, le surlendemain les vomissements et les nausées cessèrent ; l'abdomen pressé ne manifesta plus de douleur, nous crûmes nous être trompés, le malade vécut encore trois ou quatre jours sans que la péritonite révélât de nouveau son existence. L'ouverture du cadavre nous prouva cependant qu'elle avait réellement eu lieu, et qu'elle avait été causée par une perforation intestinale (1). M. Louis à parlé d'un cas où la mort ne survint que sept jours après le développement des premiers symptômes de la péritonite. Ces symptômes avaient cependant commencé par être très-intenses ; ils étaient devenus moins graves vers le quatrième jour.

Les perforations intestinales peuvent aussi survenir chez des individus qui ne présentent encore que les symptômes d'une fièvre très-légère, et une maladie qui n'a aucun caractère actuel de gravité, peut ainsi se transformer tout à coup en une maladie rapidement mortelle. L'observation XX nous a montré une péritonite ainsi produite chez un malade qui n'avait que les symptômes d'une légère fièvre bilieuse.

---

(1) Les perforations intestinales, qui surviennent dans d'autres maladies que dans les fièvres, bien que suivies ordinairement de l'invasion d'une péritonite très-promptement mortelle, peuvent quelquefois ne donner lieu qu'à une péritonite chronique. Le cas suivant nous semble très-remarquable sous ce rapport : Un jeune homme atteint de phthisie pulmonaire avait depuis longtemps une abondante diarrhée ; l'abdomen avait toujours été entièrement indolent. Un jour il se plaignit de vives douleurs autour de l'ombilic ; la pression les exaspérait : elles furent regardées comme le produit de l'inflammation dont le tube digestif était le siége. Elles persistèrent d'une manière continue, mais assez modérée, pendant huit à dix jours. Aucun des autres symptômes ne s'était aggravé d'une manière remarquable ; tout à coup le malade sentit son ventre mouillé d'une assez grande quantité de liquide, et il s'aperçut qu'une fente linéaire existait à l'ombilic. Il en sortit dans la journée un ver ascaride lombricoïde avec un liquide jaune, analogue à celui qui remplit ordinairement les intestins grêles. N'était-il pas raisonnable de supposer qu'une anse d'intestin s'était perforée ; qu'à l'aide d'adhérences partielles contractées entre elle et les parois abdominales, aucun épanchement n'avait pu avoir lieu dans le péritoine, et que les parois abdominales s'étaient à leur tour enflammées et perforées ? N'était-ce pas, en un mot, un anus contre nature qui venait de s'établir ? Cependant, les jours suivants, un peu de liquide continua à s'écouler par la fistule : les douleurs abdominales étaient peu intenses. Le malade, parvenu au dernier degré de la consomption pulmonaire, succomba vingt-sept jours après l'apparition des premières douleurs, dix-huit jours environ après la formation de la fistule. On trouva les traces d'une horrible péritonite. Le paquet intestinal était réuni en une seule masse par des fausses membranes noires, très-épaisses. Un liquide verdâtre peu abondant était épanché entre les anses intestinales, il y était retenu par des brides membraneuses qui formaient comme les parois d'une foule de loges partielles ; aucune adhérence n'existait à la région ombilicale. On trouva dans le péritoine deux ascarides lombricoïdes ; leur présence ne permit pas de révoquer en doute l'existence d'une perforation de l'intestin ; mais les adhérences étaient si multipliées et si intimes, qu'il fut impossible de la découvrir.

En résumant tout ce que nous venons de dire sur l'état de l'intestin grêle chez les individus qui meurent pendant le cours d'une fièvre continue, nous établirons les propositions suivantes :

1re. Parmi les individus qui succombent avec l'un ou l'autre des groupes morbides appelés fièvres essentielles, quelques-uns ne présentent dans l'intestin grêle aucune lésion appréciable.

2e. Chez d'autres, on trouve dans l'intestin grêle des lésions semblables à celles qu'on rencontre dans la plupart des autres maladies (injections, ramollissement de la muqueuse à divers degrés, etc.)

3e. Chez le plus grand nombre, l'intestin grêle présente une lésion spéciale qu'on ne trouve à peu près exclusivement, à son état aigu, que dans les fièvres dites essentielles, et qui consiste dans la tuméfaction inflammatoire des follicules intestinaux. De cette tuméfaction résulte un exanthème qui occupe la fin de l'iléum.

4e. Cet exanthème peut se terminer par simple résolution ou par ulcération.

5e. L'observation ne démontre pas que tout exanthème qui s'ulcère ait commencé par se transformer en escarre.

6e. Une fois formées, les ulcérations ne s'opposent pas nécessairement à ce que la guérison ait lieu, car on en a constaté la cicatrisation.

7e. L'exanthème ne paraît pas parcourir dans son développement comme dans ses terminaisons, des périodes aussi fixes qu'on l'a prétendu. Une fois produit, il ne se termine nécessairement ni par gangrène, ni par ulcération, et lorsque celle-ci a lieu, ce n'est pas toujours au bout d'un même laps de temps.

c. Gros intestin.

Ses lésions sont loin d'être constantes. Dans un assez grand nombre de nos observations, nous l'avons trouvé parfaitement sain dans toute son étendue.

Des diverses parties du gros intestin, le cœcum est celle qui se montre le plus souvent lésée.

Les altérations qu'on rencontre dans le gros intestin sont :

1° Un simple érythème qui, très-rarement général, est bien fréquemment borné au seul cœcum.

2° Un développement insolite des follicules. Il en résulte un exan-

thème qui, dans le cœcum, peut encore se présenter sous forme de plaques semblables à celles de l'intestin grêle, mais qui, dans le reste du gros intestin, ne se montre jamais que sous l'apparence de pustules ou de boutons isolés.

3° Des ulcérations. Elles vont en diminuant de fréquence du cœcum vers le rectum. Celles qu'on observe dans le cœcum ont le même aspect que celles de la fin de l'intestin grêle. Dans le colon, elles sont généralement plus petites et séparées par des intervalles plus considérables. Nous avons cité un cas dans lequel, des diverses parties du gros intestin, le rectum contenait seul des ulcérations; elles avaient toutes la même forme, le même diamètre; on les eût prises volontiers pour des orifices agrandis de follicules.

Ainsi les lésions qu'on trouve dans le gros intestin sont de même nature que celles qu'on trouve dans l'intestin grêle; comme ces dernières, elles peuvent être divisées en lésions semblables à celles qu'on rencontre dans toutes les maladies indistinctement, et en lésions spéciales.

Comme l'intestin grêle, mais plus souvent que lui, le gros intestin peut se montrer exempt de toute altération.

d. Matières contenues dans le tube digestif.

Vers. Nous n'en avons rencontré que dans un très-petit nombre de cas; ils étaient en grande quantité dans un de ces cas, rares dans les autres. C'étaient des ascarides lombricoïdes et des tricocéphales. Les premiers étaient logés dans l'intestin grêle et les seconds dans le cœcum. Il nous a paru qu'ils n'étaient, dans les cas divers où nous les avons rencontrés, qu'une complication purement accidentelle de la maladie. Ils coïncidèrent avec la plupart des symptômes qui caractérisent la *fièvre muqueuse* chez l'individu qui fait le sujet de l'observation IV. Rappellerons-nous à cette occasion que chez la plupart des sujets morts de la fièvre muqueuse épidémique de Gœttingue, Rœderer et Wagler trouvèrent dans les intestins un très-grand nombre de vers? Pourquoi ces animaux se produisirent-ils en si grande quantité dans cette épidémie? Pourquoi, dans les ouvertures de cadavres faites à Paris depuis plusieurs années, en a-t-on trouvé si peu (1)?

---

(1) Dans beaucoup d'autres épidémies de fièvres graves, ressemblant tout à fait par

Matières liquides. — Nous n'avons rien de particulier à noter sur le mucus qu'on trouve dans l'intestin des individus qui succombent pendant le cours des fièvres continues. A sa place on trouve souvent une matière liquide, semblable à de l'eau colorée en jaune, qui remplit une partie du tube digestif. Il est quelques cas dans lesquels l'intestin contient en très-grande quantité une bile jaune, verdâtre ou rougeâtre, qui en teint la surface interne. Très-rarement avons-nous trouvé cette bile dans l'estomac; et en général, ce que nous avons observé à cet égard ne nous porte pas à admettre que l'accumulation de la bile dans les voies digestives joue un grand rôle dans la production des fièvres, ni que par conséquent elle doive fournir quelque indication pour le traitement. Nous n'avons pas trouvé en particulier plus de bile que de coutume dans le tube digestif d'un individu qui succomba pendant qu'il ne présentait encore que les symptômes d'une fièvre bilieuse (observation 1).

On trouve quelquefois du sang exhalé à la surface de l'estomac ou des intestins. Tantôt ce sang est liquide, tantôt il est coagulé. Il est des cas où l'on n'en trouve qu'une petite quantité disposée en quelques points du tube digestif; il est d'autres cas où ce tube en est rempli, et la mort a été alors le résultat d'une hémorragie gastrique ou intestinale. (Observation XXIX.) Du reste, cette hémorragie ne se lie à aucune lésion spéciale de la membrane muqueuse qui, au-dessous du sang, ne présente que de la rougeur, des ecchymoses, divers degrés de ramollissement, et qui, dans l'intestin, ne présente que ces mêmes altérations ou bien des traces soit d'exanthèmes, soit d'ulcérations; on ne trouve pas d'ailleurs, dans la solution de continuité de quelque gros vaisseau, la cause de l'hémorragie.

Modifié par son séjour dans l'estomac, le sang qui s'y amasse prend parfois un aspect tel, qu'il devient tout à fait semblable au liquide noir qui constitue la matière du vomissement dans la fièvre jaune. Nous avons cité un cas de ce genre; M. Bouillaud en a rapporté un autre dans lequel il y avait en même temps teinte jaune de la peau, et le malade avait rendu à la fois du sang par le vomissement et par les selles. On trouva dans l'estomac un liquide brun, analogue à une décoction

---

leurs symptômes à la dothinentérie, qui ont affligé l'Europe pendant les seizième, dix-septième et dix-huitième siècles, on a noté, comme un des phénomènes prédominants de ces épidémies, la très-grande quantité de vers que rendaient les malades.

concentrée de café. La muqueuse gastrique offrait vers le grand cul-de-sac des plaques d'un rouge vineux, semblables à des ecchymoses. Dans le duodénum il n'y avait que de la bile, mais dans le reste de l'intestin grêle était amassé du sang, coagulé en certains points, liquide dans d'autres. Plusieurs abcès existaient dans le foie.

Gaz. Le colon est la partie du tube digestif où on trouve le plus souvent une très-grande quantité de gaz chez les individus morts de fièvre grave. Chez beaucoup de sujets la distension du colon par des gaz est tellement considérable, que cet intestin se dessine à travers les parois abdominales, refoule en haut le diaphragme, et cache en grande partie le reste du tube digestif et les autres viscères abdominaux. Il occupe en particulier l'épigastre, où, pendant la vie, il pourrait être pris pour l'estomac.

La cause sous l'influence de laquelle s'opère dans le colon ce grand dégagement de gaz, est encore inconnue. On ne saurait l'attribuer à l'inflammation, à l'ulcération du colon, car ce météorisme existe aussi souvent dans le cas où, après la mort on trouve le colon exempt de toute altération appréciable, que dans ceux où on le trouve malade. D'ailleurs, comme l'a remarqué M. Louis, l'intestin grêle est bien plus souvent enflammé ou ulcéré que le colon, et cependant il ne se produit pas dans l'iléum la même quantité de gaz que dans le gros intestin. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que ce grand dégagement de gaz appartient à peu près exclusivement au genre de maladies qui nous occupe.

D. RAPPORT DES LÉSIONS GASTRO-INTESTINALES AVEC LES SYMPTÔMES.

Après avoir passé en revue les différentes altérations qu'on trouve dans le tube digestif des individus morts pendant le cours d'une fièvre continue, il faut que nous recherchions quel rapport peut être établi : 1° entre l'époque à laquelle surviennent ces altérations et les diverses phases de la maladie; 2° entre l'intensité de ces mêmes altérations, et la gravité des symptômes. Une fois donnée la solution de ces deux questions, nous pourrons mieux apprécier l'influence exercée par l'affection gastro-intestinale sur la production des symptômes.

L'observation deuxième nous a montré l'exemple d'un individu qui succomba six jours seulement après l'invasion de la maladie. Chez lui, l'altération des follicules était déjà très-prononcée; elle l'était égale-

ment chez un autre (obs. 1), qui mourut le neuvième jour. M. Trousseau (1) parle d'une ouverture faite par M. Bretonneau le cinquième jour de l'invasion de la fièvre. Dans ce cas, comme dans les deux précédents, les follicules furent trouvés malades. Les glandes de Peyer étaient fort tuméfiées, et elles formaient des plaques qui s'élevaient de la membrane muqueuse. MM. Petit et Serres ont rapporté l'observation d'un homme mort d'une pneumonie très-peu de jours après qu'avaient commencé à se manifester les signes de la maladie qu'ils ont appelée fièvre entéro-mésentérique (du quatrième au sixième jour); les plaques de l'iléum étaient très-fréquentes. Enfin, elles ont été également rencontrées par M. Louis au huitième jour de l'affection.

Ainsi, lorsque la fièvre continue se lie à l'exanthème intestinal, celui-ci commence dès les premiers temps de la maladie. De plus, il l'accompagne dans tout son cours, et on le retrouve dans les fièvres qui n'ont duré qu'un petit nombre de jours, comme dans les fièvres qui n'ont été suivies de mort qu'après quarante ou cinquante jours de durée. Cette seconde assertion est suffisamment démontrée par nos observations particulières, comme elle l'est également par celles de MM. Petit et Serres, Bretonneau, Bouillaud, Louis.

Lorsqu'enfin l'ensemble des symptômes qui constituaient la fièvre ont disparu, et qu'à une époque plus ou moins éloignée de l'entrée en convalescence, une autre affection vient à entraîner le malade au tombeau, on trouve dans les intestins des traces de guérison de l'exanthème : ce sont ou des plaques affaissées, ou des ulcérations cicatrisées. Quelquefois même la dothinentérite existe encore, bien que la fièvre ait disparu depuis un certain nombre de jours; on trouve alors soit des plaques dont la résolution commence à peine, soit des ulcérations non encore cicatrisées. Ainsi, lorsqu'un poumon a été frappé de phlegmasie, il arrive souvent qu'il reste encore hépatisé, après qu'ont disparu les symptômes caractéristiques de la maladie.

Ainsi, l'inflammation des follicules naît avec la fièvre, ou au moins peu de temps après elle, et elle persiste, tant que la fièvre persiste ellemême. A la vérité, l'intensité des lésions qui caractérisent l'entérite folliculeuse n'est pas toujours en rapport avec la gravité des symptômes observés pendant la vie. Mais n'en est-il pas ainsi de la plupart des ma-

---

(1) *Archives de médecine.*

ladies où, chez les différents sujets, apparaissent, à l'occasion d'une lésion identique, des symptômes de nature et de gravité variables?

L'entérite folliculeuse nous paraît donc être le point de départ d'un très-grand nombre de fièvres dites essentielles, et en particulier de celle qui a été désignée par MM. Chomel et Louis, sous le nom de *fièvre typhoïde*.

Cette dernière fièvre elle-même peut toutefois se montrer dans des cas où les follicules intestinaux ne sont point malades, et enfin, il n'est guère de maladie, siégeant primitivement ou dans les solides, ou dans le sang, à propos de laquelle on ne puisse voir se développer quelquefois la *fièvre typhoïde*, et beaucoup plus souvent de *simples accidents yphoïdes,* ou en d'autres formes les différents symptômes auxquels Pinel donnait le nom d'*ataxiques* et d'*adynamiques*. Nos observations particulières en fournissent de nombreux exemples ; et les réflexions qui les accompagnent développent suffisamment ce point de doctrine.

§ II. LÉSIONS FONCTIONNELLES DE L'APPAREIL DIGESTIF, OBSERVÉES PENDANT LA VIE.

Cet appareil présente, pendant le cours des fièvres, des désordres de fonctions qui tendent à démontrer, au moins autant que les désordres qu'on y constate après la mort, l'importance du rôle qu'il joue dans la production de ces maladies.

Examinons tour à tour ces désordres fonctionnels, en les rapportant aux diverses parties du canal, où nous pouvons présumer que chacun d'eux a son siége.

Dans presque tous les cas de fièvres légères ou graves, consignés dans nos observations particulières, nous avons trouvé la membrane muqueuse de la bouche, abstraction faite de celle de la langue, dont nous parlerons plus bas, altérée sous le double rapport de la quantité de sang qui doit la traverser, et de la sécrétion qui normalement doit s'accomplir à sa surface.

La membrane muqueuse de la bouche est ordinairement, dans ces maladies, d'un rouge plus intense que dans d'autres affections où le mouvement fébrile est cependant aussi considérable, comme dans la pneumonie aiguë ou dans le rhumatisme articulaire aigu. En même temps la sécrétion dont elle est le siége ou se supprime, ou augmente de

quantité, ou change de caractère. Dans le premier cas, cette membrane présente une sécheresse insolite; dans le second cas, la bouche se remplit d'une mucosité visqueuse et collante; dans le troisième cas, au lieu de mucus, on observe quelquefois, à la surface des lèvres, des gencives et des joues, une matière crémeuse ou caséeuse, qui couvre ces parties soit sous forme de points isolés, soit sous forme de plaques plus ou moins larges. D'autres fois, la membrane muqueuse vient à exhaler une certaine quantité de sang qui se coagule à sa surface, et produit des croûtes jaunes ou noires plus ou moins épaisses.

Qu'indiquent ces différentes modifications de la sécrétion buccale? A quoi se rapportent-elles? Et d'abord, sont-elles en rapport avec certains états déterminés et toujours les mêmes de la partie sous diaphragmatique du tube digestif? En aucune façon. On retrouve toutes ces variétés de la sécrétion buccale, sans qu'il y ait aucune différence dans les altérations de l'estomac ou des intestins. De plus, il n'est aucune de ces variétés qui se trouve liée à certains degrés d'intensité de la lésion gastro-intestinale. Celle-ci peut être très-légère ou très-considérable, avec toutes les nuances possibles de sécrétion de la membrane muqueuse de la bouche. Ces nuances dépendent donc non de l'affection gastro-intestinale avec laquelle elles coïncident, et qui en est, si l'on veut, la cause occasionnelle, mais des dispositions spéciales des individus, dispositions qui se rattachent toujours aux conditions dans lesquelles se trouvent placées d'une manière passagère ou permanente, leur innervation et leur hématose.

Ainsi donc, les modifications que la membrane muqueuse de la bouche présente chez les individus atteints de fièvre continue, n'annoncent pas la nature ou l'intensité de la lésion des voies digestives; elles ne sont que l'expression d'un état général, auquel doit être subordonné le pronostic de la maladie et son traitement.

De toutes les maladies, les fièvres sont certainement celles où la langue présente les modifications les plus variées comme les plus importantes. Ces modifications sont si généralement connues, et nous y avons insisté avec tant de détails, dans nos observations particulières, que nous ne nous arrêterons pas longtemps à les décrire. Nous n'en parlerons surtout que pour les traduire en signes.

L'état de la langue est-il, dans les fièvres, un indice fidèle de l'état de l'estomac? Pour répondre à cette question, résumons les faits qui se trouvent consignés dans nos observations particulières, en négligeant

ceux de ces faits, qui sont heureusement les moins nombreux, dans lesquels l'état de la langue n'a pas été noté pendant les derniers temps de l'existence des malades.

Dans neuf cas (obs. XIV, XXI, XXXIV, XXXV, XXXVI, XXXVII, XXXIX, XL, XLIII), la langue était dans son état naturel pendant les vingt-quatre heures qui précédèrent l'instant de la mort. Dans ces neuf cas, l'estomac présenta l'état suivant :

Chez trois individus (obs. XXXV, XXXVII, XLIII), la membrane muqueuse fut trouvée, dans tous les points de son étendue, d'une blancheur parfaite et de bonne consistance.

Chez un quatrième individu (obs. XXXVI), la membrane muqueuse présentait, en quelques points, une injection légère.

Chez un cinquième (obs. XXI), la membrane muqueuse, généralement blanche, présentait cependant quelques points rouges, avec un peu de ramollissement de son tissu, là où l'on observait la coloration.

Chez un sixième (obs. XL), la membrane muqueuse offrait, vers le cul-de-sac, une tache rouge un peu moins large qu'une pièce de cinq francs.

Chez un septième (obs. XIV), une vive injection existait dans tout le grand cul-de-sac.

Chez un huitième sujet, dont nous nous rappelons fort bien que la langue resta naturelle dans les derniers temps, ce qui n'est pas indiqué dans l'observation (obs. XXXIV), toutes les tuniques de l'estomac étaient tellement ramollies qu'une traction très-légère suffit pour en opérer la déchirure.

Enfin, chez le neuvième sujet (obs. XXXIX), des ulcérations petites et nombreuses parsemaient la surface interne de l'estomac.

Une seule fois (obs. I) nous avons pu constater l'état de l'estomac chez un malade dont la langue n'avait offert autre chose, jusqu'à la mort, *qu'un enduit jaunâtre*. Nous trouvâmes l'estomac parfaitement sain : il n'offrait non plus rien de particulier dans les matières qu'il contenait.

Dans deux cas seulement (obs. X, XI), nous avons eu occasion d'examiner l'estomac des malades qui, quelques heures avant la mort, avaient offert une langue *rouge, mais encore humide*.

Dans l'un de ces cas (obs. X), la membrane muqueuse gastrique fut trouvée blanche, parfaitement saine dans toute son étendue.

Dans l'autre cas (obs. XI), la membrane muqueuse, partout bien consistante, présentait une légère teinte rosée, et générale.

Sur dix cadavres (obs. II, VII, XVII, XXV, XXVIII, XXIX, XXXI, XLI, XLVI, LI) d'individus dont la langue avait été *rouge et sèche*, l'estomac s'est présenté dans l'état suivant :

Trois fois il était blanc, exempt de toute altération appréciable.

Une fois nous ne trouvâmes autre chose à sa surface interne que quelques plaques rosées.

Chez le sujet de l'observation II, nous trouvâmes, pour toute altération, deux plaques rouges, ayant chacune la largeur d'une pièce de deux francs, sans modification de la consistance de la muqueuse.

Dans une autre observation, la muqueuse était faiblement injectée dans la portion splénique.

Dans un autre cas, on constata une rougeur un peu plus forte de cette portion splénique. Dans cette observation, pas plus que dans la précédente, la membrane n'avait changé de consistance.

Dans l'observation XXV, il existait une injection notable de l'estomac dans sa portion pylorique, sans changement de consistance.

L'observation XLI nous montra une rougeur du grand cul-de-sac, avec ramollissement de la membrane muqueuse dans quelques points.

Enfin, dans l'observation VII, la membrane muqueuse, plus altérée que dans les neuf autres cas, était, dans toute son étendue, rouge et ramollie.

Sur trente-quatre cadavres d'individus dont la langue avait été fuligineuse (obs. III, IV, V, VI, IX, XII, XIII, XV, XVI, XVIII, XIX, XX, XXII, XXIII, XXIV, XXVI, XXVII, XXXII, XXXIII, XLIV, XLV, XLVI, XLVII, XLIX, L, LI, LII, LIV, LVI, LVII, LVIII, LIX, LX, LXIV), nous avons trouvé l'estomac dans l'état suivant :

Douze fois sur ces trente-quatre cas (obs. III, XIX, XLVII, XLIX, L, LI, LII, LIV, LVII, LIX, LX, LXIV), l'estomac offrit partout une blancheur parfaite, et une consistance normale de ses tuniques.

Une autre fois (obs. XV), la membrane muqueuse était encore partout pâle et bien consistante, mais au-dessous d'elle existait une ecchymose.

Dans un autre cas (obs. XII), la muqueuse offrait généralement une légère teinte rosée.

Dans six cas (obs. IV, V, XXII, XXIV, XXXII, XLV), la membrane

muqueuse était légèrement injectée, soit en quelques points du grand cul-de-sac, soit dans toute cette partie de l'estomac.

Dans trois autres cas (obs. XVI, XX, XLIV), il n'existait encore autre chose, comme dans les six cas précédents, qu'une injection du grand cul-de-sac; mais elle était plus considérable, soit par son intensité, soit par son étendue.

Dans trois cas (obs. XIII, XVIII, LVIII), la portion de membrane muqueuse qui tapisse les grandes et petites courbures de l'estomac était colorée en rouge.

Dans deux cas (obs. XXIII, LVI, la membrane muqueuse gastrique offrait une injection considérable, et, de plus, au-dessous d'elle existaient quelques ecchymoses.

Dans quatre cas seulement, sur les vingt-cinq signalés (obs. XII, XXVI, XXXII, XXXIII), il y avait, en même temps que divers degrés d'injection, modification de la consistance des parois de l'estomac.

Ainsi, chez le sujet de l'observation XII, la membrane muqueuse présentait une teinte brune, avec quelques plaques plus foncées, dans lesquelles la membrane était ramollie.

Chez les sujets des observations XXVI et XXVII, la membrane muqueuse était brune et molle dans le grand cul-de-sac.

Enfin, chez le sujet de l'observation XXXIII, l'estomac présentait une perforation dans sa portion splénique

Des faits que nous venons de rappeler résultent les conséquences suivantes :

1° Aucun rapport constant ne saurait être établi entre l'état de la langue et celui de l'estomac.

2° Chacune des modifications que la langne peut offrir, dans sa couleur et dans ses enduits, ne correspond pas à une modification spéciale de l'estomac.

3° L'estomac peut présenter, après la mort, un état semblable quelque dissemblable qu'ait été pendant la vie l'état de la langue.

4° Avec un état naturel de la langue peut coïncider un état morbide de l'estomac, et avec un état naturel de celui-ci peut coïncider un état morbide de la langue.

5° La sécheresse et la couleur noire de la langue n'indiquent pas une affection plus grave de l'estomac, que ne l'annonce toute autre modification de la langue.

Nous avons d'autant plus confiance dans ces résultats déjà signalés

par nous dans la première édition de cet ouvrage, qu'ils viennent d'être confirmés par les observations de M. Louis (1). De plus nous remarquerons avec ce médecin que, dans une foule de cas, autres que les fièvres continues, où la langue s'éloigne à peine de son état naturel, l'estomac ne se montre pas différent de ce qu'on le trouve dans les cas où la langue est rouge, sèche, couverte de croûtes noires, etc. (2).

Peut-on établir un rapport plus rigoureux entre l'état de la langue et l'état de l'intestin grêle ?

A l'exception de quelques individus dont la langue se conserva naturelle, nous l'avons trouvée modifiée chez tous les sujets dont l'intestin grêle était exanthémateux. Mais, soit que les plaques fussent encore intactes, soit qu'elles fussent déjà ulcérées, il n'y avait aucun état de la langue qui correspondît exactement à l'un ou à l'autre de ces périodes de l'exanthème. De plus, les variétés d'étendue de cet exanthème ne se traduisaient pas par différents états de la langue; elle ne pouvait pas non plus servir à annoncer si, entre les plaques ou entre les ulcérations, la membrane muqueuse était saine ou malade. Ainsi, de deux individus ayant une dothinentérite tout à fait semblable sur le cadavre, l'un ne présentait autre chose qu'une langue couverte d'un enduit jaunâtre, et l'autre avait une langue fuligineuse.

Parmi les individus qui, après avoir eu tous les symptômes des fièvres graves, ne nous ont présenté cependant aucune trace d'exanthème, mais un simple érythème de la membrane muqueuse intestinale, les uns nous ont offert une langue naturelle, les autres nous l'ont offerte sèche et noire, et cependant ces états différents de la langue existaient avec un même état de l'intestin grêle.

Enfin, chez ceux dont les symptômes de fièvres graves ne pouvaient plus être expliqués par aucune lésion de voies digestives, nous avons

---

(1) M. le docteur Fallot a consigné, dans le *Journal complémentaire du Dictionnaire des Sciences médicales*, l'observation d'un individu qui, vers la fin d'une variole, fut pris de symptômes semblables à ceux des fièvres graves, et parmi ces symptômes existait la *sécheresse* et la *couleur brune de la langue*. A l'ouverture du cadavre, *la membrane muqueuse gastro-intestinale fut trouvée intacte sans aucune trace de phlogose*.

M. Bouillaud a cité dans son ouvrage (obs. XLVI) le cas d'une femme qui, morte au milieu des symptômes d'une fièvre ataxo-adynamique, avait *la langue sèche* la veille de sa mort. *L'estomac et le duodénum furent trouvés sains; quelques anses de l'intestin grêle étaient rouges; le cœcum était sain; le colon était rosé et rempli de matières fécales dures*.

(2) M. Piorry vient tout récemment de publier un mémoire où il prouve aussi, par des faits nombreux, que l'état de la langue n'indique pas toujours fidèlement l'état de l'estomac.

constaté l'existence d'une langue sèche et noire avec un état d'intégrité parfaite de tout l'intestin grêle.

Il n'y a donc pas plus de rapport nécessaire entre l'état de l'intestin grêle et de la langue, qu'entre celui de la langue et de l'estomac.

Quant au gros intestin, nous l'avons trouvé souvent parfaitement sain avec tous les états possibles de la langue.

Il nous paraît donc bien démontré que des nombreuses modifications que peut subir la langue, il n'en est aucune qui doive être considérée comme le produit nécessaire d'un état morbide de l'estomac ou des intestins. La langue peut rester saine, le tube digestif étant malade; elle peut se montrer malade, le tube digestif étant resté sain; mais il y a très-souvent coïncidence d'affection de la langue et de la portion sous-diaphragmatique des voies digestives, ce qui peut s'expliquer par la similitude d'organisation et de fonctions de ces diverses parties. La même cause qui, dès le principe d'une fièvre continue ou dans son cours, rend malade la membrane muqueuse gastro-intestinale, frappe aussi la membrane muqueuse de la langue et de la bouche, comme elle atteint presque toujours en même temps la membrane muqueuse des voies respiratoires; mais il peut arriver, comme le démontre l'observation, que cette cause ne produise la maladie que dans l'une de ces parties, laissant les autres intactes. Seulement, en raison de la rareté de cet isolement d'affections, en raison de leur coïncidence fréquente, nous devons admettre que, toutes les fois qu'il y a modification de l'état de la langue, il existe de très-fortes probabilités pour penser qu'il doit y avoir en même temps maladie de la membrane muqueuse gastro-intestinale; c'est aux autres symptômes à nous apprendre si cette coïncidence, qui n'est que possible, mais non nécessaire, a réellement lieu dans tel ou tel cas particulier.

Quant aux variétés de modifications que subit la langue, à quoi peut-on les rattacher? Ce n'est point, nous le savons maintenant, à des états morbides différents de la muqueuse gastro-intestinale, tels que ceux du moins qu'est apte à nous montrer l'ouverture des cadavres. Ici toutes les théories ont été insuffisantes pour expliquer ces faits de tous les jours. Mais l'observation est venue nous apprendre que, parmi ces nombreuses modifications de la langue, il en est plusieurs qui, liées ou non à une affection de l'estomac ou des intestins, traduisent certains états spéciaux de l'économie qui ne peuvent être combattus avec avantage qu'à la condition qu'on leur opposera un traitement spécial comme

eux (1). Ainsi une langue rouge, soit dans toute son étendue, soit par points isolés, soit sur ses bords, à sa pointe, ou à son centre, contre-indique constamment l'emploi d'autres moyens que celui des antiphlogistiques ; et une langue large, couverte d'un enduit blanc ou jaunâtre, sans aucune trace de rougeur pointillée ou autre, contre-indique souvent les émissions sanguines : elle peut indiquer au contraire l'emploi des vomitifs ou des purgatifs, et cela, non pas parce qu'il y a alors dans l'estomac une matière à évacuer, mais parce que l'expérience a appris qu'à la suite des modifications qu'impriment à l'économie des vomissements ou des selles abondantes, il y a le plus de chance possible pour qu'on voie cesser cet état morbide spécial dont le traitement était indiqué par l'aspect de la langue ; mais notez bien que, de même que la rougeur de la langue n'est pas nécessairement liée à une irritation gastrique, de même la blancheur de la langue n'exclut pas toujours l'existence de cette irritation : c'est aux autres symptômes à révéler celle-ci ; alors on en pèsera l'importance, et l'on calculera jusqu'à quel point l'existence de cette irritation doit modifier le traitement.

Ne rapportant pas davantage, d'une manière nécessaire, à une inflammation gastro-intestinale, la sécheresse, et la noirceur de la langue, nous trouverons dans cet aspect de la langue l'indice d'un troisième état de l'économie dans lequel, soit qu'il y ait ou non gastro-entérite, les débilitants de toute espèce deviennent nuisibles ; ce qui ne veut pas dire qu'il faille nécessairement avoir recours à une médication stimulante ; s'abstenir de saigner, ce n'est pas donner du quinquina. Laisser à la nature, par une médecine expectante, assez de force pour qu'elle puisse tendre spontanément à la résolution de la maladie, ce n'est pas la même chose que de déterminer par nos médicaments une réaction tout artificielle, parfois utile, mais souvent aussi sans profit ou nuisible.

La sécheresse et la noirceur de la langue n'arrivent ordinairement qu'à une période assez avancée de la maladie. Cet état de la langue peut être immédiatement précédé par une teinte rouge et lisse ; souvent alors la langue paraît comme se coller au doigt qui la touche. L'épithélium

---

(1) N'oublions jamais qu'au moment où une maladie frappe un individu, il survient dans l'organisme une première modification dont la nature dépend des conditions physiologiques diverses dans lesquelles la maladie trouve le sujet, et d'où peut résulter une différence de nature de cette maladie elle-même, les lésions appréciables des organes restant les mêmes.

se dessèche de plus en plus ; puis il se gerce, se fendille ; du sang sort de ces gerçures ; il vient se coaguler à la surface de la langue, où il forme des croûtes brunes ou noires.

D'autres fois, une mucosité visqueuse, d'un gris sale, attache la langue à la voûte palatine et aux dents. Cette mucosité se transforme insensiblement en un enduit noirâtre.

Chez d'autres individus, on voit peu à peu brunir l'enduit blanc-jaune qui recouvrait la langue.

Dans d'autres cas, cet enduit, d'abord très-épais, devient moins abondant ; il disparaît du centre de la langue, qui en ce point se sèche, et offre une teinte rouge qui passe insensiblement au brun et au noir.

Au-dessous des croûtes noires ou entre elles, la langue est quelquefois d'une pâleur remarquable.

En même temps qu'elle est sèche, elle peut être très-pâle, ou d'une teinte jaune claire qui rappelle assez bien la couleur de la crème brûlée.

Bien que, comme nous l'avons dit tout à l'heure, l'état de sécheresse et de fuliginosité de la langue ne se manifeste le plus ordinairement qu'un certain temps après le début de la maladie, il est quelques cas où cet état de la langue se montre dès les premiers jours, ou même dès les premiers instants. Tantôt l'apparition prématurée de cet état coïncide avec d'autres symptômes graves qui peuvent persister où se dissiper avant lui. Tantôt on n'observe rien autre chose d'alarmant que la sécheresse et la couleur brune de la langue. Il est des individus qui présentent, sous ce rapport, une bien singulière disposition ; ils ne peuvent pas être légèrement malades, sans que sur-le-champ leur langue ne se sèche et ne brunisse (1). Chez les uns, cet état de la langue persiste pendant toute la durée de la maladie ; chez les autres, il n'en marque que le début. Nous avons cité dans nos observations particulières quelques cas de ce genre. Ainsi, les pronostics tirés de la langue ont leurs exceptions comme tous les autres.

Poursuivons l'examen des autres désordres fonctionnels du tube digestif.

La perte d'appétit a constitué, chez un grand nombre de malades, le prodrôme de l'affection. Un certain temps avant de prendre le lit,

---

(1) Nous avons remarqué que chez les vieillards la langue se séchait et brunissait plus facilement et plus promptement qu'aux autres époques de la vie.

tantôt pendant quelques jours seulement, tantôt pendant un mois à six semaines, ils n'éprouvaient plus, comme de coutume, le sentiment de la faim, et peu à peu ce sentiment se perdait tout à fait. C'était là parfois le seul dérangement qu'ils éprouvassent dans leur santé ; mais le plus souvent, avec la diminution de l'appétit coïncidaient un malaise général, une céphalalgie pénible, des douleurs dans les reins et dans les membres.

Chez plusieurs autres malades, l'appétit se conserva intact jusqu'au jour où, pris tout à coup de fièvre, ils vinrent à s'aliter. Chez quelques-uns même, ce fut presque immédiatement à la suite d'un repas où ils avaient mangé avec autant d'appétit que de coutume, que se manifesta la fièvre.

L'anorexie est donc un prodrôme fréquent, mais non constant, des fièvres continues.

Pendant toute la durée de la maladie, l'appétit ne se faisait nullement sentir ; seulement quelques malades demandaient des aliments, prenant pour de la faim le sentiment de faiblesse qu'ils éprouvaient.

Plus tard, lorsque tout indique l'entrée en convalescence, on voit des individus chez lesquels l'appétit se rétablit tout à coup, et il arrive qu'un assez grand nombre peut brusquement passer d'une diète sévère à un régime assez substantiel ; nous ne pensons pas qu'il en fût ainsi, si chez eux il y avait eu une lésion profonde de la membrane muqueuse gastrique. D'autres, bien que sentant beaucoup d'appétit, ne peuvent pas le satisfaire sans danger : lorsqu'on leur donne un peu d'aliment, le pouls s'accélère, la peau prend une chaleur fébrile, ou la diarrhée reparaît. Cependant il n'y a aucun mauvais goût à la bouche, la langue est naturelle, la soif nulle, l'épigastre est indolent. Nous croyons qu'en pareil cas ce n'est pas l'estomac qui souffre de l'alimentation ; ce sont surtout les intestins dont la membrane muqueuse, à peine guérie, s'irrite par le contact de toute substance étrangère. Faute d'avoir surveillé suffisamment en pareil cas les effets de l'alimentation, on a vu des individus être pris d'une diarrhée que rien ne pouvait plus arrêter, et qui les conduisit au tombeau, soit d'une manière aiguë, soit après les avoir fait lentement passer par tous les degrés du marasme.

Il est donc important, chez de pareils convalescents, de borner pendant quelque temps la nourriture à des aliments dont les matériaux, absorbés presque en totalité dans l'estomac lui-même ou dans la partie supérieure de l'intestin grêle, fournissent le moins de résidus possible.

Nous avons vu, en pareil cas, le lait être remplacé avec avantage par des bouillons de bœuf convenablement préparés.

Chez d'autres convalescents, toutes les fonctions sont rentrées dans l'état normal ; la diarrhée a disparu depuis longtemps, et cependant la bouche reste mauvaise, pâteuse, la langue chargée ; l'appétit ne se rétablit pas. En pareille circonstance, la prolongation de la diète est souvent tout ce qu'il y a à prescrire. Mais il faut bien savoir qu'il est des individus organisés de telle façon qu'il ne sont pas aptes à supporter longtemps l'abstinence de toute alimentation ; il en résulte pour eux divers accidents nerveux, une accélération fâcheuse de la circulation, puis des hypérémies secondaires dont la cause réelle est trop souvent méconnue. Dans des cas semblables, il faut examiner avec soin l'état des voies digestives, et, si aucune contre-indication ne se présente, il faut donner quelques amers. Nul doute que l'administration de ce genre de médicament n'ait souvent heureusement modifié l'estomac, de telle manière qu'il en résultât le rétablissement de l'appétit, qui ne revenait pas sous la seule influence de la diète, et en même temps disparaissaient tous les accidents qu'avait produit et qu'entretenait la diète prolongée. Sont-ce là de ces cas où l'on pourrait tirer parti des émétocathartiques, que les anciens humoristes se croyaient à peu près obligés d'administrer dans la convalescence de presque toute maladie aiguë. Était-ce la pure théorie qui leur inspirait cette pratique? était-ce aussi l'observation de quelques cas, où, bien appliquée, elle avait réusssi ? Rappelons seulement à ce propos que, dans plusieurs de nos observations, il est question d'individus qui, n'ayant plus de fièvre, et n'offrant plus d'autres phénomènes morbides que de l'anorexie, et quelques autres symptômes dits d'embarras gastrique, virent ces symptômes disparaître immédiatement après qu'ils eurent pris un émétique. D'ailleurs, convaincus que nous sommes qu'une question de thérapeutique surtout ne saurait être résolue que par un nombre de faits beaucoup plus considérable que ceux que nous avons cités, sur ce point particulier, nous rappelons seulement ce que nous avons observé, et, sans vouloir en tirer de conséquence définitive, nous croyons cependant que de pareils faits méritent attention, et qu'il sera bon de chercher à les reproduire.

Le sentiment de la soif a été très-variable chez nos malades. Avec le même ensemble de symptômes, les uns éprouvaient une soif vive, les autres ne sentaient aucun désir de prendre des boissons. L'un de ceux

chez lesquels la soif fut la plus forte avait l'estomac dans un état d'intégrité parfaite. La soif n'est donc pas toujours l'indice d'une irritation gastrique : elle peut également reconnaître pour cause, soit un dérangement de l'ensemble des fonctions nutritives, soit une déperdition subite et abondante du sérum du sang, soit un simple trouble du système nerveux.

Un petit nombre de malades éprouvèrent des nausées, et un plus petit nombre encore eut des vomissements. Plus d'une fois nous les vîmes se montrer au début seulement de l'affection, et cesser ensuite. Les matières vomies étaient composées soit des boissons introduites dans l'estomac, soit d'une petite quantité de mucosité claire et transparente, soit de bile jaune ou verdâtre, soit de sang. Cette dernière espèce de vomissement a été la plus rare de toutes ; le sang vomi était noir, semblable à une dissolution de chocolat ou de marc de café.

Aucun rapport ne saurait être établi entre l'existence des nausées ou des vomissements et un état déterminé de l'estomac, appréciable sur le cadavre. D'une part, nous n'avons pas observé ces deux phénomènes chez plusieurs des individus dont l'estomac fut trouvé le plus rouge, le plus gravement affecté ; d'autre part, ils se sont montrés chez des malades dont l'estomac, examiné après la mort, fut trouvé dans un état à peu près sain. Ce fait important, sur lequel nous avions déjà insisté dans la première édition de la Clinique, vient d'être récemment confirmé par M. Louis : sur vingt sujets affectés de la maladie qu'il a appelée fièvre typhoïde, et qui avaient eu ou des nausées ou des vomissements, onze seulement lui offrirent une altération plus ou moins profonde de la membrane muqueuse gastrique.

Ainsi l'existence des nausées ou des vomissements, dans les fièvres continues, ne prouve pas qu'il y ait, chez les sujets qui présentent ces accidents, une irritation de l'estomac plus forte que chez ceux qui ne les présentent pas ; on ne peut même pas en déduire le simple fait de l'existence de cette irritation.

Qu'annoncent donc ces phénomènes relativement à la nature de la maladie ? qu'indiquent-ils pour la thérapeutique ?

Ce qui nous semble démontré, c'est que, lorsqu'un individu, atteint de la fièvre continue, vient à être pris de vomissements sans que la langue rougisse, sans qu'il ait soif, sans qu'il ressente de douleur à l'épigastre, il y a lieu de penser que ce n'est point un accroissement de l'irritation gastrique qui a produit ces vomissements. Nous ne pensons pas non

plus qu'il faille admettre, sans nouvelles preuves, que ces nausées, que ces vomissements, qui ne dépendent point d'une irritation de l'estomac, reconnaissent pour cause l'existence de bile ou de mucosité dans l'estomac, ou ce que Stoll appelait *saburres gastriques*. Car, en pareil cas, l'anatomie pathologique n'a pas plus montré ces saburres, qu'elle n'a montré la membrane muqueuse constamment rouge ou ramollie. Il est donc plus facile d'indiquer les circonstances auxquelles on ne peut rapporter ces nausées ou ces vomissements, que de signaler les conditions organiques qui leur donnent naissance. Ces phénomènes dépendent-ils d'un trouble de l'innervation? nous serions portés à le penser pour un certain nombre de cas. Peuvent-ils aussi dépendre d'un besoin que ressent l'économie de modifier, par l'acte du vomissement, soit la sécrétion des follicules muqueux, soit la sécrétion du foie, afin que le sang se débarrasse ainsi des principes qui en altèrent la composition, soit par leur quantité, soit par leurs qualités? cette hypothèse, nous pourrions l'appuyer sur quelques faits. Nous pourrions invoquer en sa faveur ces cas, qui sont pour nous bien avérés, dans lesquels des individus présentant la peau jaune, la langue sale, des nausées continuelles, des vomissements, et en même temps ayant ou non de la fièvre, ont été très-promptement délivrés de ces symptômes, après qu'ils avaient pris l'émétique. Relisez sous ce point de vue un grand nombre des observations consignées dans ce volume: vous verrez souvent d'abondants vomissements provoqués par une dose suffisante de tartre stibié faire cesser tout à coup les nausées, les vomituritions qui depuis plusieurs jours tourmentaient les malades; vous verrez en même temps tous les autres symptômes s'amender, la fièvre elle-même disparaître.

Aux faits de ce genre qu'on a pu lire dans ce volume, nous joindrons encore les suivants :

Pendant l'été humide qui vient de s'écouler (année 1829) (1), plusieurs malades se sont présentés en notre observation dans l'état suivant.

Après avoir éprouvé, pendant quelques jours, un malaise général, de la céphalalgie, une diminution progressive de l'appétit, ces individus perdaient leurs forces ; leur figure prenait une teinte jaunâtre à laquelle participait aussi la conjonctive; un enduit épais, jaune, vert ou blanc,

---

(1) Les observations que nous avons recueillies depuis 1829 jusqu'à ce jour (janvier 1834), n'ont pas infirmé les faits dont ce paragraphe offre le résumé.

couvrait la langue qui était large et ne présentait de rougeur en aucun point de sa surface; d'abord il y avait un mauvais goût dans la bouche, puis survenaient des envies de vomir, et enfin des *vomissements de matières muqueuses ou bilieuses; plusieurs ne pouvaient pas introduire une gorgée de tisane dans l'estomac sans la rejeter sur-le-champ;* une sensation incommode de pesanteur existait à l'épigastre; le ventre était d'ailleurs partout indolent et souple, quelquefois cependant légèrement tendu; les selles n'avaient ordinairement lieu que par lavement. En même temps existait un mouvement fébrile, qui, dans la journée, était peu considérable; mais qui, chaque soir, se caractérisait par un redoublement que ne précédait aucun frisson, mais que terminait, chaque matin, une sueur abondante. Quelques-uns de ces malades furent soumis à une médecine purement expectante, ils se rétablirent très-lentement. D'autres furent saignés, sans qu'il en résultât pour eux aucun soulagement. Chez un malade même, le premier redoublement fébrile qui eut lieu survint la soirée du jour où des sangsues avaient été mises à l'épigastre; chez aucun, ce redoublement ne diminua après les émissions sanguines. Enfin, chez plusieurs, l'émétique fut essayé, et nous fûmes singulièrement frappés du prompt changement en bien qui suivit immédiatement l'administration de ce médicament, à quelques exceptions près que nous signalerons tout à l'heure. Une fois qu'ils eurent pris l'émétique, et qu'ils eurent abondamment vomi, les nausées et les vomissements ne se montrèrent plus, le redoublement fébrile disparut, et une guérison rapide eut lieu. Chez trois malades cependant il n'en fut pas ainsi; chez l'un d'eux, l'administration de l'émétique ne fut suivie d'aucun changement, soit en bien, soit en mal. Chez les deux autres, les nausées et les vomissements spontanés cessèrent aussi, mais la langue rougit et se sécha, le ventre se ballonna légèrement, la teinte jaune de la face, loin de diminuer, augmenta, et un certain air de stupeur se répandit sur la physionomie. Dans ces deux cas, des sangsues furent appliquées à l'épigastre, et les malades parurent s'en bien trouver. Il est vraisemblable que chez les trois malades dont nous venons de parler, et surtout chez les deux derniers, il existait un état morbide différent de celui qui avait lieu chez les autres auxquels l'émétique fut administré avec un incontestable avantage. Peut-être sont-ce là de ces cas qu'on rencontre si souvent en médecine pratique, dans lesquels des lésions de nature différente se traduisent cependant par des symptômes identiques. Mais peut-être aussi fut-ce une dispo-

sition spéciale des sujets, qui chez eux rendit inutile ou nuisible l'administration du tartre stibié. Quoi qu'il en soit, et à quelque conjecture qu'on veuille se livrer à cet égard, nous retiendrons de ce qui précède que le même traitement ne réussit pas toujours, bien qu'employé dans des cas de maladies les plus semblables possible par leurs symptômes, mais ce n'est pas là sans doute une raison pour renoncer à une médication, dont une main habile et exercée peut tirer souvent un si grand parti. Il faudrait alors renoncer à toute thérapeutique; il faudrait ne plus opposer le quinquina aux fièvres intermittentes, ni l'opium à la douleur.

En rapportant spécialement au sujet qui nous occupe tout ce que nous venons de dire, nous établirons comme corollaires des faits précédents et de beaucoup d'autres rapportés dans ce volume, que, lorsque les nausées et les vomissements existent avec l'ensemble des symptômes qui viennent d'être signalés, on peut les faire disparaître, et en même temps améliorer tout le reste, par l'administration d'un vomitif, et qu'ainsi l'adage si connu, *vomitus vomitu curatur,* faux dans sa généralité, est vrai dans un certain nombre de cas particuliers, et repose sur l'observation de faits incontestables.

Malheureusement, et il faut le reconnaître, il restera un certain vague dans la détermination pratique des cas où il convient de donner l'émétique, tant que, ne connaissant pas la modification morbide qui disparaît par cet émétique, on n'aura pour guide de son administration que l'examen des symptômes. Car, dans leurs nuances infinies, ces symptômes peuvent bien facilement donner le change sur les véritables indications qu'il y aurait à remplir; ils peuvent enfin nous apparaître semblables, leur cause organique étant cependant différente. Voilà sans doute de graves et de sérieuses difficultés; mais la première condition de tout progrès, c'est de bien les connaître; et nous croirons avoir rendu quelque service, en présentant ces difficultés telles que nous les a données l'observation. Qu'on nous taxe, si l'on veut, d'hésitation, d'incertitude de doctrine, nous serons peu sensibles à ce reproche, car nous pensons qu'il ne convient pas d'être plus affirmatif dans un livre qu'on ne l'est près du lit des malades, et nous plaignons sincèrement l'aveuglement ou la prévention de ceux qui, dans l'application pratique, regardent comme résolues les questions que nous venons d'agiter, soit qu'ils pensent qu'on peut toujours affirmer à coup sûr les cas où il est bon d'opposer l'émétique à des symptômes gastriques, soit qu'ils aient

accepté comme prouvé que ces symptômes, constamment exaspérés par les vomitifs, doivent être combattus dans tous les cas par des émissions sanguines. Pour nous, tout ce que nous assurons, c'est que ni les uns ni les autres ne sont dans le vrai.

Du reste, les nausées et les vomissements nous ont paru se montrer plus fréquemment dans les premiers temps de la maladie, et lorsqu'elle est encore assez légère; ces phénomènes deviennent de plus en plus rares, ils disparaissent même, s'ils avaient existé, à mesure que la fièvre devient plus grave, à mesure surtout que les symptômes adynamiques surviennent. Ils nous semblent être tellement rares dans cette dernière période de la maladie, que s'ils viennent alors à se montrer, on doit craindre qu'ils ne soient le symptôme d'une péritonite causée probablement par une perforation intestinale.

Celui qui ne connaîtrait des fièvres continues que les altérations graves dont certaines parties du tube digestif sont le siége si fréquent dans ces maladies, croirait sans doute que des lésions si profondes de la membrane muqueuse intestinale doivent se révéler par de vives douleurs, et que ces douleurs doivent constituer un des symptômes les plus ordinaires de la plupart des fièvres continues. Cependant s'il parcourait nos observations pour y chercher ce symptôme, il verrait au contraire que la douleur abdominale manque complètement dans un grand nombre de cas; que d'autres fois elle ne se montre que d'une manière passagère et en quelque sorte fugitive, et qu'enfin elle n'est un peu vive que dans quelques cas tellement rares, qu'on peut les regarder comme de véritables exceptions.

La douleur, lorsqu'elle existe, peut avoir son siége, 1° dans tout l'abdomen où elle est comme diffuse; 2° dans quelques points isolés, et spécialement à l'épigastre, vers la région iléo-cœcale, aux environs de l'ombilic, dans le trajet du colon. C'est dans ces divers points qu'il faut la chercher, en demandant d'abord au malade si, en quelqu'un de ces points, il sent de la douleur, puis essayant de la faire naître par différents degrés de pression.

Quelques malades disent qu'ils souffrent de tout le ventre. Dans toute l'étendue de cette cavité, ils éprouvent en effet une sensibilité obtuse qu'on transforme en douleur par la pression. Cette sensibilité générale peut reconnaître pour cause l'irritation des voies digestives : mais pourquoi cette irritation la produit-elle dans un cas, et pas dans vingt autres? Le péritoine participe-t-il alors légèrement à la lésion de la mem-

brane muqueuse? Est-ce un indice que les villosité intestinales sont plus spécialement affectées ? A ces questions on ne peut encore faire aucune réponse satisfaisante.

Il est un autre cas dans lequel la douleur, également étendue à tout l'abdomen, ne réside plus dans les viscères de cette cavité ; elle a son siége dans la peau des parois abdominales, ou dans les muscles subjacents. Cette douleur est beaucoup plus vive que la précédente ; il suffit de presser très-légèrement la peau pour la produire, et bien souvent alors on détermine aussi de la douleur, quel que soit le point de la périphérie cutanée sur lequel on vient à presser. Cette douleur doit être rapportée à une simple exaltation de la sensibilité générale ; elle coïncide ordinairement avec d'autres phénomènes nerveux.

Dans quelques cas, nous avons constaté, en touchant ou pressant les parois abdominales, l'existence d'une douleur qui était aussi très-étendue, mais qui reconnaissait encore une autre cause que les précédentes. Elle paraissait due à un épanchement de sang que nous trouvions à l'ouverture du cadavre dans les faisceaux musculaires des parois abdominales, et spécialement dans les muscles droits. En pareil cas, la douleur est parfois très-vive, la moindre pression lui donne une grande intensité, et elle pourrait faire croire à l'existence d'une péritonite.

La douleur épigastrique est loin d'être constante, et nos observations à cet égard sont d'accord avec celles de M. Louis, qui a vu cette douleur manquer chez près de la moitié des individus dont il a ouvert les cadavres. Cette douleur ne s'est également montrée que rarement dans le cas de dothinentérie qui ont été publiés par M. Trousseau, ainsi que par M. Gendron. Il en est à peine question dans l'ouvrage de MM. Petit et Serres ; M. Bouillaud paraît au contraire l'avoir observée plus souvent.

Lorsque cette douleur existe, tantôt la pression seule la fait naître, tantôt elle est spontanée ; les malades accusent à l'épigastre une gêne , une pesanteur, ou bien une chaleur plus ou moins vive ; l'ingestion des boissons l'augmente rarement ; elle peut occuper tout l'épigastre ou être bornée à un point de cette région, et, dans ce dernier cas, c'est surtout au niveau de l'appendice xiphoïde, dans la partie de l'estomac correspondante au cardia, qu'elle se fait sentir. Chez très-peu de malades, nous avons vu la douleur exister plus particulièrement vers le grand cul-de-sac, là où cependant après la mort la membrane muqueuse se montre le plus fréquemment altérée. Quelques malades rapportent la

sensation pénible qu'ils épouvent plus haut que l'épigastre, et, par exemple, à la partie inférieure du sternum, dans l'étendue de trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'appendice xiphoïde; d'autres accusent comme une barre qui serait étendue transversalement d'un des hypocondres à l'autre, en passant par l'épigastre

Dans toutes ces variétés, la douleur épigastrique est généralement obtuse ; quelquefois cependant elle acquiert assez de vivacité pour devenir un symptôme prédominant, et pour mériter d'être spécialement combattue. C'est ainsi que chez l'individu qui fait le sujet de notre observation CXVI, l'épigastre, indolent depuis le commencement de la maladie, devint tout à coup le siége d'une vive douleur, qui, après vingt-quatre heures d'existence, disparut à la suite d'une application de sangsues faite sur l'épigastre même.

Quelle que soit son intensité, la douleur épigastrique varie sous le rapport de sa durée et de l'époque de son apparition : elle peut commencer avec la maladie et persister pendant tout son cours. Après s'être montrée dès le début, elle peut cesser promptement, soit d'ailleurs que les autres symptômes diminuent ou s'aggravent. Elle peut aussi ne se manifester qu'à une époque de la maladie, plus ou moins éloignée du début. Nous avons vu enfin quelques individus chez lesquels, trois ou quatre semaines avant l'invasion de la maladie, il avait existé une douleur épigastrique, sans autre dérangement appréciable de la santé.

La douleur épigastrique annonce en général un état d'irritation de l'estomac ; mais elle n'est liée à aucune lésion spéciale de cet organe. Il peut présenter toutes les variétés possibles d'hypérémie, de ramollissement, d'ulcération, sans avoir été jamais le siége de la moindre douleur. D'un autre côté, on a trouvé l'estomac sain chez des individus dont l'épigastre avait été douloureux. M. Louis parle de cinq sujets dont l'estomac ne lui offrit rien de remarquable, et qui avaient eu des douleurs à l'épigastre. Mais il ne nous dit point si ces douleurs existaient encore au moment de la mort. Il résulte des observations du même auteur, et cela ressort également des nôtres, que lorsque la douleur épigastrique existe en même temps que des vomissements de bile, il y a tout lieu de croire que ces deux symptômes réunis sont le produit d'un véritable état phlegmasique de l'estomac.

N'oublions pas d'ailleurs que, chez un très-grand nombre d'individus atteints de fièvres continues, il y a une distension telle du colon que,

lorsqu'on presse l'épigastre, c'est ce colon que l'on comprime, et nullement l'estomac. N'oublions pas non plus que chez beaucoup de personnes qui se portent très-bien, une pression un peu forte, exercée sur l'épigastre, fait naître une sensation douloureuse.

Plus haut, nous avons signalé les points de l'abdomen, autres que l'épigastre, qui deviennent plus particulièrement douloureux. En ces divers points, la douleur peut être spontanée, ou ne se produire que sous la pression. Souvent elle n'a lieu qu'au moment où le malade sent le besoin d'aller à la selle : ce sont alors de simples coliques. Mais celles-ci n'accompagnent pas même nécessairement le dévoiement qui survient à diverses périodes des fièvres. Il est des malades qui ont des selles très-abondantes, presque continuelles, sans éprouver aucune sensation pénible. Il en est d'autres qui ne ressentent autre chose qu'un peu de chaleur vers le fondement.

Dans ces cas cependant, où, pressé dans tous ses points, l'abdomen ne se montre douloureux nulle part, la membrane muqueuse est le plus ordinairement gravement altérée. Confirmant par nos recherches les belles observations de M. Broussais sur le caractère indolent d'un grand nombre de phlegmasies intestinales, nous écrivions en 1823 (première édition de cet ouvrage), que l'on serait exposé à méconnaître continuellement les entérites les plus intenses, si l'on ne voulait en admettre l'existence que là où on trouve de la douleur. Depuis la publication de nos recherches à cet égard, de nombreux travaux, publiés par des hommes des écoles les plus différentes, sont venues encore démontrer que les intestins peuvent être très-profondément affectés, sans qu'il en résulte de douleur. Nous avons vu cette douleur manquer également, 1° dans les cas de simple érythème de la membrane muqueuse ; 2° dans ceux où de nombreuses plaques exanthémateuses couvraient la surface interne de l'intestin grêle; 3° dans d'autres cas où au lieu de plaques, l'on n'observait dans l'intestin grêle ou dans le gros intestin qu'un plus ou moins grand nombre de boutons isolés ; 4° dans les cas aussi où des ulcérations s'étaient formées soit dans l'iléum, soit sur l'une ou l'autre face de la valvule iléo-cœcale, soit dans le cœcum, dans le colon, et même dans le rectum. Nous avons trouvé des sujets dont les ulcérations, étendues en profondeur, avaient presque pour fond la seule membrane péritonéale, et cependant il n'y avait pas eu de douleur : et notez que nous parlons seulement ici des cas où les malades avaient encore le libre exercice de leur intelligence, lorsque chez eux nous cherchions à

constater l'existence de la douleur en quelques points de l'abdomen (1).

Il est des cas où, après qu'ont disparu tous les symptômes, il reste une diarrhée qui entrave la convalescence, et qu'il est important de combattre. Mais quels moyens lui opposera-t-on, et le choix de ces moyens devra-t-il être subordonné à la présence ou à l'absence de la douleur abdominale? Nous ne le pensons pas. Bien souvent, en effet, nous avons vu de ces diarrhées indolentes, atoniques par leurs symptômes, dont l'anatomie montrait plus tard la cause dans des ulcérations intestinales.

Un des phénomènes les plus constants des fièvres continues, c'est la modification des évacuations alvines qui deviennent tantôt plus rares, et tantôt plus abondantes que de coutume.

La constipation, plus rare que la diarrhée, persiste quelquefois pendant tout le cours de la maladie, soit qu'elle se termine par le retour à la santé ou par la mort. Ainsi, l'individu qui fait le sujet de l'observation 7, et qui ne mourut que le trente-unième jour, n'eut jamais de dévoiement; on ne trouva pas d'ulcérations dans ses intestins, mais seulement un état de tuméfaction des follicules de l'intestin grêle, avec rougeur du cœcum. Dans d'autres cas, la constipation existe seulement dans les premiers temps de la maladie, puis elle est remplacée par une diarrhée plus ou moins abondante.

La diarrhée peut commencer à différentes époques de la maladie. Sous le rapport du temps de son apparition, les cas suivants doivent être distingués.

Premier cas. Manifestation de la diarrhée, plus ou moins longtemps avant tous les autres symptômes. C'est ainsi que plusieurs de nos malades nous racontèrent que, plusieurs jours ou même plusieurs semaines avant le moment où ils renoncèrent à leurs occupations et s'alitèrent, ils avaient été pris d'un dévoiement continu chez les uns, et n'apparaissant chez les autres que par intervalles. A mesure que ce dévoiement s'était prolongé, ils avaient senti leur appétit diminuer et les forces baisser; enfin la fièvre s'emparait d'eux, et seulement alors ils entraient à l'hôpital.

Deuxième cas. Invasion simultanée de la diarrhée et des autres symp-

(1) Nous verrons, dans un autre volume de cet ouvrage, que les ulcérations qui se produisent si fréquemment dans les intestins des phthisiques, se développent aussi bien souvent sans donner lieu à aucune douleur. Nous verrons aussi que les ulcérations de la membrane muqueuse du larynx peuvent également naître et s'étendre sans douleur.

tômes. Dans ce cas furent un certain nombre de nos malades, qui n'avaient pas aperçu la moindre altération dans leur santé, lorsque tout à coup, à la suite de causes plus ou moins appréciables, ils étaient pris en même temps de dévoiement et de fièvre. Souvent alors ce dévoiement était très-considérable dès son début. Chez quelques-uns il ne commençait qu'à la suite d'un violent frisson.

Troisième cas. Apparition de la diarrhée plusieurs jours après l'invasion de la fièvre. Elle succède alors très-rarement à des selles naturelles, le plus souvent à une constipation plus ou moins opiniâtre; tantôt elle survient sans cause connue, tantôt elle suit l'administration de quelque substance excitante. Nous l'avons vue plus d'une fois survenir, pour ne plus s'arrêter, après que les malades avaient pris du calomel, qu'on leur avait donné pour vaincre leur constipation. Chez les uns, elle s'établit peu à peu, et d'abord l'on s'aperçoit à peine de son existence : il n'y a d'abord en vingt-quatre heures qu'une ou deux selles mal liées. Chez d'autres, elle est dès son début très-considérable. Des malades qui avaient été plusieurs jours sans aller à la selle ont tout à coup en quelques heures un très-grand nombre d'évacuations alvines. L'établissement brusque d'une diarrhée aussi abondante coïncide généralement avec une exaspération des autres symptômes. C'est souvent à cette époque que l'on voit la forme de fièvre dite inflammatoire ou bilieuse passer rapidement à la forme adynamique ou ataxique. Un des cas les plus remarquables de ce genre que nous avons eu occasion d'observer est le suivant :

Un jeune homme, venant d'être reçu officier de santé, se disposait à quitter Paris, lorsqu'il fut pris d'une violente céphalalgie et de fièvre. Pendant une dizaine de jours, il n'offrit autre chose que les symptômes d'une fièvre dite inflammatoire; la céphalalgie était seulement très-intense, et il y avait de la constipation. Plusieurs saignées ne diminuèrent en rien ni la céphalalgie, ni les autres symptômes. Il ne présentait encore aucun phénomène décidément grave; l'intelligence était restée parfaitement nette, lorsque, peu d'heures après une application de sangsues au fondement, la constipation, qui avait persisté jusqu'alors, fut tout à coup remplacée par une diarrhée très-abondante. Dès ce moment, prostration subite, affaissement rapide des traits, épistaxis répétées, sécheresse et fuliginosité de la langue, ballonnement du ventre, pouls très-fréquent, soubresauts des tendons, délire, et mort moins de cinquante heures après l'apparition de la diarrhée.

Quatrième cas. Apparition ou persistance de la diarrhée pendant la convalescence. Il est rare que la diarrhée se montre pour la première fois, au moment où la convalescence s'établit; mais il est moins rare de la voir continuer et devenir même plus abondante, à l'époque même de la convalescence. Souvent alors la diarrhée est fort peu considérable, et l'on n'y fait pas attention; cependant les forces ne reviennent pas, ou diminuent de nouveau après avoir paru se rétablir; la peau reste sèche; au bout d'un certain temps le pouls acquiert un peu de fréquence; un petit mouvement fébrile apparaît, soit continuel soit seulement par intervalles; le malade reste pâle, comme anémique, et l'on ne peut méconnaître qu'il dépérit chaque jour. Cependant les symptômes locaux qui peuvent rendre raison d'un pareil état sont souvent à peine prononcés; les malades demandent à manger; leur appétit paraît bon, et ils semblent bien digérer; l'abdomen est souple, indolent dans tous ses points, et il y a tout au plus deux ou trois selles mal liées en vingt-quatre heures; quelquefois même ce nombre de selles n'a lieu que tous les trois ou quatre jours, et chaque vingt-quatre heures il n'y a qu'une garde-robe, dont la matière est liquide. Malgré cette apparente bénignité des symptômes locaux, le marasme fait des progrès, et, au bout d'un temps plus ou moins long, les malades succombent. Lorsqu'on ouvre les cadavres, on trouve, dans l'intestin, au lieu de follicules agminés, des ulcérations plus ou moins étendues soit en largeur, soit en profondeur.

Voilà ce qui a lieu dans certains cas; dans d'autres, les symptômes locaux sont plus prononcés : l'appétit est à peu près nul; ou bien, si les malades appètent encore des aliments, ceux-ci sont mal digérés, ou ils vont augmenter le dévoiement. L'abdomen est un peu sensible à la pression; les malades y ressentent spontanement de la douleur; les selles sont plus abondantes que dans le cas précédent; elles sont plus séreuses et quelquefois teintes de sang. A l'ouverture des cadavres, on ne trouve pas d'autre lésion que chez les malades dont il est question dans le précédent paragraphe, et voilà encore un cas où, en raison de certaines dispositions de l'organisme qui nous échappent, des lésions identiques donnent lieu à des symptômes différents. Mais, ce que nous ne négligerons pas de noter, c'est que dans ces deux cas où les symptômes locaux qui tiennent à la lésion intestinale sont si peu semblables, le traitement doit rester le même. Dans le premier cas, pas plus que dans le second, nous n'avons vu réussir les substances dites toniques ou as-

tringentes; l'identité des lésions, dans ces deux cas, explique suffisamment cette identité de résultats thérapeutiques, que, par la seule considération des symptômes, nous ne pourrions pas comprendre.

On a dit que la diarrhée était l'indice de l'irritation du gros intestin; on l'a donnée comme le siége de la colite, et l'on a prétendu que tant que l'irritation était bornée à l'intestin grêle, il y avait au contraire constipation. Nos observations ne sont nullement d'accord avec ces idées; nous avons trouvé sur beaucoup de cadavres le gros intestin parfaitement sain dans toute son étendue, bien que, pendant la vie, et jusqu'à l'instant de la mort, une abondante diarrhée eût existé : il nous a paru qu'il suffisait, pour qu'il y eût dévoiement, que la fin de l'intestin grêle fût altérée d'une manière quelconque. Ici encore les recherches de M. Louis sont venues confirmer les nôtres.

La nature des selles peut-elle fournir quelque renseignement sur la nature ou sur la gravité de l'altération qu'a subie l'intestin? nous ne le pensons pas. Soit qu'il y ait simple érythème de la membrane muqueuse, tuméfaction des follicules, ou ulcération, on voit les selles être indifféremment tantôt séreuses et semblables à de l'eau légèrement teinte en jaune ou en vert, tantôt paraissant formées d'une bile à peu près pure, tantôt muqueuses, d'autres fois semblables à une purée d'un brun noirâtre ou d'un gris de cendre, ailleurs mêlées à certaine quantité de sang. Il est quelques cas où celui-ci forme à lui seul toute la matière des évacuations; la quantité de sang rendue par l'anus est quelquefois alors très-considérable; chez quelques malades on n'observe qu'une seule évacuation de ce genre; chez d'autres, elle se renouvelle plusieurs fois; les malades rendent, à des intervalles plus ou moins éloignés, un flot de sang qui, reçu dans un vase, serait pris pour du sang qu'on vient d'extraire d'une veine. Pour peu que de semblables évacuations se renouvellent ou se prolongent, elles sont suivies d'un notable affaiblissement du sujet, qui ne tarde pas à succomber au milieu d'un état adynamique. A l'ouverture du cadavre on trouve du sang amassé dans l'intestin, et d'ailleurs aucune autre lésion particulière. Du reste, quelle que soit la gravité d'une semblable hémorragie, elle ne s'oppose pas constamment au rétablissement du sujet. Dans tous les cas que nous avons observés, les individus sont morts : mais M. Louis a vu trois cas où, malgré cette hémorragie, la guérison a eu lieu (1). Dans

(1) Depuis que ceci a été écrit, nous avons rencontré aussi des cas dans lesquels d'a-

deux des cas qu'il rapporte, le sang était rendu sous forme de caillots: du sang fut évacué pendant trois, quatre et six jours de suite. Chez ces trois malades il y avait en même temps des épistaxis, qui, chez l'un d'eux, avaient été très-abondantes. Du reste, la membrane muqueuse intestinale peut exhaler du sang en grande quantité, sans que cette hémorragie soit annoncée par la nature des selles. Ainsi, chez un des malades dont nous avons rapporté l'observation, elle ne fut révélée qu'à l'ouverture du cadavre; le sang exhalé dans l'intestin grêle qu'il remplissait, n'avait point dépassé la valvule iléo-cœcale.

Que si nous étudions la diarrhée sous le rapport des modifications qu'elle peut éprouver de la part des moyens thérapeutiques dont nous avons suivi les différents effets dans nos observations, nous verrons d'abord que, dans un grand nombre de cas, les évacuations alvines ont été diminuées ou arrêtées à la suite d'applications de sangsues faites à l'anus, tandis que dans d'autres cas, également nombreux, ces applications n'ont eu sur la diarrhée aucune espèce d'influence. Relativement à l'influence exercée par les vomitifs sur la diarrhée, nous pourrons diviser en quatre séries les individus soumis à ce genre de médication : chez les uns, la diarrhée a augmenté, ou s'est manifestée pour la première fois à la suite de l'administration de l'émétique; chez d'autres, la diarrhée a été momentanément augmentée, puis elle a cessé après vingt-quatre heures; chez d'autres, elle a cessé tout à coup après les vomissements; chez d'autres enfin, elle n'a paru être nullement influencée par eux. Quant au quinquina et aux autres toniques donnés en lavements, nous ne les avons jamais vus arrêter la diarrhée. Directement introduits dans l'estomac, ils ont été plusieurs fois suivis de la cessation de ce flux. Nous n'avons pas constaté qu'il ait été heureusement in-

---

bondantes hémorragies intestinales, survenues pendant le cours de fièvres graves, n'ont pas empêché la maladie d'avoir une terminaison heureuse. Ces hémorragies n'ont lieu, le plus ordinairement, qu'à une époque déjà avancée de l'affection; cependant, nous avons vu tout récemment un cas dans lequel trois livres de sang au moins furent rendues par l'anus à une époque très-rapprochée de celle du début. L'individu qui fait le sujet de cette observation n'était tombé malade que depuis trois jours, et depuis ce temps, il avait un mouvement fébrile sans symptômes bien tranchés, lorsque tout à coup, après avoir éprouvé quelques coliques, il rendit en une seule fois, en allant à la selle, la quantité de sang que nous avons indiquée. A la suite de cette évacuation, le malade eut une syncope prolongée; nous fîmes donner un quart de lavement d'eau amidonnée avec addition de deux gros d'extrait de ratanhia et d'un gros de diascordium : des sinapismes furent appliqués sur les membres, et une décoction de riz frappée de glace fut administrée. L'hémorragie ne se reproduisit plus; et le malade parcourut ensuite les périodes ordinaires d'une fièvre typhoïde qui se termina d'une manière favorable.

fluencé dans aucun cas par les topiques irritants, soit appliqués aux membres abdominaux, soit placés sur l'abdomen lui-même. La diarrhée des convalescents nous a paru assez souvent diminuer à la suite de l'administration de moitiés ou de quarts de lavements faits avec une dissolution d'amidon à laquelle on ajoute depuis cinq jusqu'à vingt gouttes de laudanum.

Dans ce qui précède, nous n'avons considéré le dévoiement que comme un accident qui augmente les chances de gravité de la maladie; cependant quelques-unes de nos observations nous ont montré des cas où, en même temps que la fièvre cessait et que s'amendaient les autres symptômes, la diarrhée, au contraire, augmentait d'une manière notable. Dans d'autres cas, nous l'avons vue apparaître pour la première fois, en même temps que, pour la première fois aussi, on observait une tendance de la maladie vers une solution heureuse. Quelquefois enfin elle survient pendant la convalescence, sans qu'elle paraisse en aucune façon en entraver les progrès. Ce sont sans doute des faits de ce genre qui avaient fait penser aux anciens qu'un certain nombre de fièvres continues *se jugent* par la diarrhée, comme d'autres *se jugent* par les sueurs. Pour nous, nous dirons que les cas de fièvres continues, dans lesquels nous avons vu l'établissement de la diarrhée être suivi de quelque bien, sont si rares que nous croyons ne pouvoir rien en conclure relativement à la *nature critique* de ce phénomène. Ici toutefois il nous a semblé bon de rappeler ces cas, parce que les faits ne peuvent être utiles qu'autant qu'on les envisage sous tous les points de vue, et qu'il n'est pas sans importance de soumettre de temps en temps à des investigations nouvelles ces points de doctrine qui, sous l'influence de théories différentes des nôtres, ont occupé jadis une si large place dans la science comme dans la pratique. Est-ce l'observation ou la pure théorie qui a porté Huxham à établir que, dans la maladie qu'il a décrite sous le nom de fièvre lente nerveuse, le délire et la disposition au coma disparaissent, en même temps qu'un flux de ventre s'établit? Est-ce par les faits que Pringle a été conduit à regarder la diarrhée comme servant le plus ordinairement de crise aux fièvres rémittentes, dont il nous a transmis une si précieuse description? Il recommandait dans ces maladies de ne point arrêter trop tôt le cours de ventre. Grant considérait aussi la diarrhée comme étant la crise naturelle de la fièvre putride. A notre avis, toutes ces idées reposent sur des faits réels, mais mal interprétés. Comme nous, les auteurs que nous venons de citer

avaient vu qu'à une certaine époque des fièvres il survient le plus ordinairement de la diarrhée; voilà le fait que dut leur fournir l'observation à eux comme à nous. Mais pour nous, cette diarrhée est le résultat tout naturel de la lésion intestinale dont les investigations anatomiques ont constaté l'existence dans ces maladies. Pour ceux auxquels une théorie avait enseigné que toute maladie doit se terminer par l'évacuation d'une matière morbifique, cette diarrhée, qui survenait vers la fin de la fièvre, devait être le résultat de l'effort de la nature pour accomplir cette évacuation. De leur temps comme du nôtre, la mort devait bien souvent survenir pendant le cours de la diarrhée; mais alors ils admettaient que la crise n'avait pas été suffisante. Enfin, le plus fort argument qu'ils croyaient pouvoir donner en faveur de leur théorie, c'est qu'en cherchant à arrêter le cours du ventre, et en l'arrêtant en effet, on faisait beaucoup de mal. Je le crois bien, car pour cela ils employaient des substances irritantes qui ne supprimaient les selles qu'en aggravant singulièrement la lésion gastro-intestinale. Ce n'était donc point la suppression de la crise, comme ils le disaient, qui était alors nuisible, c'était l'accroissement d'irritation qu'ils produisaient dans les voies digestives. C'est là sans doute un exemple bien remarquable de la différence des inductions théoriques auxquelles on peut arriver en partant d'un même fait bien réel et bien observé.

Nous avons déjà parlé du météorisme, de son siége le plus fréquent, et de ses rapports avec la lésion de la membrane muqueuse intestinale. Nous avons vu que résidant surtout dans le colon, il ne pouvait être expliqué par aucune des altérations que l'ouverture des cavadres montrait dans cet intestin (1).

---

(1) L'exhalation d'une grande quantité de gaz dans l'intestin est tellement indépendante d'un état de phlegmasie de cette partie, que, d'une part, on voit la tympanite se développer dans des cas où il n'existe certainement rien qui ressemble à une entérite, comme dans certaines névroses, et que, d'autre part, on ne l'observe pas chez les phthisiques, dont les intestins présentent toutes les variétés possibles d'inflammation. Nous ne nous rappelons avoir vu de tympanite bien prononcée que chez un seul de ces derniers malades. Ce cas nous parut d'autant plus remarquable, qu'après avoir duré un certain temps, la sécrétion gazeuse cessa tout à coup. Il y avait du dévoiement chez cet individu, des gaz étaient rendus en très-grande quantité par l'anus, et cependant l'abdomen, fortement météorisé, ne diminuait pas de volume. Cette tympanite persista pendant près de trois semaines. Au bout de ce temps, l'abdomen revint spontanément en quarante-huit heures à son volume ordinaire, sans que le malade eût rendu par l'anus sensiblement plus de gaz que les jours précédents. Le malade succomba peu de temps après. On trouva des cavernes dans les poumons, des ulcérations et des tubercules dans les intestins.

Ce météorisme ne survient ordinairement qu'à une époque assez avancée de la maladie ; il précède ou suit l'apparition du dévoiement ; tantôt il ne se montre que d'une manière passagère ; tantôt au contraire, une fois produit, il persiste ; il présente plusieurs degrés depuis celui où il n'est guère reconnaissable que par la percussion, jusqu'à celui où le colon est tellement distendu que sa forme se dessine très-bien à travers les parois abdominales ; à ce degré, le gros intestin occupe presque tout le ventre, et refoulant le diaphragme, il produit une dyspnée des plus fâcheuses.

Du reste, à tous ses degrés, le météorisme est un accident qui augmente beaucoup la gravité du pronostic. Quelle que soit sa cause prochaine, toujours est-il qu'il traduit une disposition de l'organisme, dans laquelle il y a affaissement notable des forces vitales, et tendance de plus en plus grande vers une prostration que les émissions sanguines ne font plus qu'aggraver.

Toutefois, de quelque fâcheux augure que soit le météorisme, nous n'oublierons pas que plusieurs de nos malades, qui l'avaient présenté à un degré considérable, ont cependant guéri. Nos observations ne nous ont montré d'ailleurs aucun agent thérapeutique qui ait pu agir directement sur lui.

APPAREIL CIRCULATOIRE.

§ Ier. LÉSIONS TROUVÉES APRÈSL A MORT DANS L'APPAREIL CIRCULATOIRE.

Nous allons suivre tour-à-tour ces lésions dans le cœur, dans les artères et dans les veines.

Le cœur dont l'action est constamment troublée chez les individus atteints de fièvres continues, ne nous a présenté que très-rarement, sur le cadavre, quelque altération appréciable.

Sur les 65 cas de fièvres avec ouverture du corps, relatés dans les observations que contient ce volume, il y en a 57 dans lesquels le cœur nous a paru être, sous tous les rapports, à son état normal. Sur trente-trois autres cas de maladies du même genre, également terminés par la mort, et dans lesquels nous avons tenu un compte exact de l'état du système circulatoire, nous en avons trouvé 28 dans lesquels le cœur

présentait toutes les conditions de volume, de couleur, de consistance, qui en constituent l'état sain.

Ainsi donc, sur 98 cas d'ouvertures du corps, faites par nous, d'individus morts avec tous les symptômes des fièvres graves, 15 seulement nous ont offert quelque trace d'altération dans le cœur, et encore, sur ces 15 cas, y en avait-il quelques-uns dans lesquels l'altération était bien légère; ainsi sur ces 15 cas, deux fois nous ne trouvâmes autre chose qu'une pâleur insolite du tissu du cœur. Une autre fois, cette pâleur coïncidait avec un état de flaccidité des parois. Deux fois la substance charnue du cœur nous parut avoir perdu sa consistance ordinaire; et six fois enfin, il offrait une teinte rouge inaccoutumée, soit dans l'épaisseur, soit à sa surface interne.

Que si nous comparons, sous le point de vue qui nous occupe dans ce moment, nos observations avec celles de MM. Bouillaud et Louis, nous trouverons un désaccord entre leurs résultats et les nôtres. Car, tandis que les cas où nous avons rencontré le cœur exempt de toute altération appréciable sont beaucoup plus nombreux que ceux où le cœur ne paraissait plus être dans son état normal, c'est à la proportion contraire que sont arrivés les deux observateurs que nous venons de nommer. Ainsi, dans 49 autopsies, M. Bouillaud n'a rencontré que 12 fois le cœur à l'état normal. Dans 54 autopsies, M. Louis n'a constaté que 27 fois ce même état normal. Du reste, les altérations qu'ils ont trouvées dans le cœur sont de même nature que celles mentionnées dans nos propres observations. Ainsi, le cœur s'est montré plus pâle que de coutume trois fois à M. Bouillaud, et cinq fois à M. Louis. Il s'est montré plus rouge dans son tissu charnu ou à sa surface interne onze fois à M. Bouillaud, et trois fois à M. Louis. Enfin, le premier de ces observateurs l'a rencontré sept fois diminué de consistance, et le second vingt-quatre fois; mais, dans ces 31 cas, ce fut très-rarement un ramollissement considérable qu'on observa; ce n'était le plus souvent qu'un état de flaccidité, ou bien une résistance moindre que de coutume aux efforts que l'on faisait pour déchirer la substance du cœur.

Nous verrons plus bas jusqu'à quel point nous pourrons expliquer la différence des résultats que nous venons de signaler. Disons toutefois par avance que nous avons pu faire moins d'attention que M. Louis aux modifications de consistance du cœur, et qu'il est possible qu'elles nous aient échappé plusieurs fois; mais il n'en est pas de même de la rougeur, de celle du cœur comme de celle des vaisseaux, et nous sommes

bien sûr que, toutes les fois que nous ne l'avons pas notée, c'est qu'elle n'existait pas.

En définitive, sur 201 ouvertures de cadavres d'individus morts de fièvres continues, nous en trouvons 124 dans lesquelles il y a *état normal* du cœur, et 75 dans lesquelles il y a *état anormal* de cet organe.

Poursuivons maintenant notre examen de l'appareil circulatoire chez les individus morts de fièvres continues, en étudiant chez eux l'état des vaisseaux.

Dans les 65 observations consignées dans ce volume, nous n'avons trouvé l'aorte colorée en rouge à sa surface intestinale que six fois, et les veines à peu près dans la même proportion.

Sur les 53 autres cas recueillis également par nous, il y en a eu sept dans lesquels nous avons rencontré cette même rougeur.

Nos observations ne nous ont d'ailleurs montré dans les vaisseaux aucune autre altération que cette rougeur, si ce n'est la dernière, où nous avons trouvé quelques veines remplies de pus.

Sur les 49 autopsies de fièvres continues relatées dans l'ouvrage de M. Bouillaud, il n'y en a que huit dans lesquelles cet auteur ait constaté de la rougeur à la surface interne des vaisseaux.

Dans les quatre observations que cite M. Bouillaud, et qu'il emprunte l'une à M. Ribes, l'autre à M. Duges, et les deux dernières à Hogdson, il est question d'individus qui présentèrent, à la suite de lésions extérieures ou d'accouchement, les symptômes de la fièvre adynamique, et chez lesquels on trouva, après la mort, plusieurs veines ulcérées à leur surface interne, couvertes de pseudo-membranes, ou pleines de pus.

Sur les 54 cas observés par M. Louis, il y en a 20 où l'aorte était rouge.

Ainsi, sur 201 individus morts de fièvres continues, nous en trouvons 155 chez lesquels il y a état normal des vaisseaux, et 46 chez lesquels il y a état anormal de ces mêmes vaisseaux.

Mais cet état anormal existe-t-il pendant la vie? A-t-il eu sa part dans la production des symptômes? Ne s'est-il produit qu'après la mort? A-t-il été pris pour une maladie, lorsqu'il n'était qu'une lésion cadavérique?

Avant d'agiter ces questions importantes, remarquons que, soit chez les individus que nous avons nous-même observés, soit chez ceux dont

MM. Louis ou Bouillaud nous ont rappelé l'histoire, les symptômes n'ont en rien différé des symptômes qu'ont présentés les sujets dont le cœur et les vaisseaux étaient à l'état normal. M. Louis a remarqué comme nous cette identité de symptômes. M. Bouillaud a cru devoir rappeler à une angéio-cardite (prouvée seulement par la coloration rouge de la surface interne du cœur et des vaisseaux) les symptômes de la fièvre dite inflammatoire ; mais, d'une part, nous avons cité quelques exemples où ces symptômes ont été semblables à ceux que M. Bouillaud donne comme appartenant à la fièvre inflammatoire, et où il n'y avait aucune rougeur, ni dans le cœur, ni dans les vaisseaux. D'une autre part, M. Bouillaud dit lui-même avoir retrouvé cette même rougeur dans la fièvre dite putride ou adynamique. Il l'a aussi rencontrée chez un certain nombre d'individus morts au dernier degré de la phthisie pulmonaire, et qui étaient consumés par la fièvre hectique. Cette rougeur n'appartiendrait donc plus exclusivement, d'après les propres recherches de M. Bouillaud, à la fièvre inflammatoire. Elle se rencontrerait dans toute fièvre ; elle en serait la cause, ou au moins le caractère anatomique. Mais qui ne sait que la rougeur du cœur, comme celle des vaisseaux, manque chez un très-grand nombre d'individus morts avec une forme quelconque de fièvre ?

Mais, de plus, cette rougeur ne s'observe pas seulement dans les cas de fièvres dites essentielles. Un très-grand nombre de fois nous en avons constaté l'existence chez les individus morts des maladies les plus différentes. Voici à cet égard ce que nous trouvons dans nos notes.

1° État du cœur et des vaisseaux chez les individus morts d'une maladie quelconque, pendant qu'ils avaient la fièvre.

	Sur 27 cas de péritonites aiguës, rougeur du cœur et de l'aorte,		5 fois.
	Sur 5 cas de péritonites puerpérales,	*id.*	3
	Sur 10 cas de pneumonies aiguës,	*id.*	1
	Sur 61 cas de phthisies pulmonaires avec fièvre hectique,	*id.*	9
Total.	Sur 83 cas de maladies fébriles,	*id.*	18

2° État du cœur et des vaisseaux chez des individus morts sans fièvre.

Sur 31 cas de lésions organiques du cœur, rougeur du cœur et de l'aorte,		11 fois.
Sur 9 cas d'apoplexies,	*id.*	2
Sur 5 cas de péritonites chroniques,	*id.*	1
Sur 13 cas de gastrites chroniques,	*id.*	3
Sur 2 cas d'affections cancéreuses du foie, rougeur du cœur et de l'aorte.	*id.*	1
Sur 4 cas d'ascite avec atrophie du foie,	*id.*	1
Sur 6 cas d'hydropisies enkystées de l'ovaire,	*id.*	2
Sur 5 cas de tétanos,	*id.*	2
Total. Sur 75 cas de maladies non fébriles,	*id.*	13

En comparant le relevé du n° 1 avec celui du n° 2, on voit que la fièvre semble être si peu ou l'effet ou la cause des rougeurs du cœur et des vaisseaux, que ces rougeurs se trouvent être plus fréquentes dans le second tableau relatif à des individus qui sont morts sans fièvre.

Du reste, si dans tous ces cas divers, soit dans ceux de fièvres continues, soit dans les autres, on examine comparativement la rougeur de la surface interne du cœur et des vaisseaux, on la trouve toujours la même; c'est toujours une coloration uniforme, semblable à une teinture, et qui s'éloigne tout à fait des nombreuses nuances de rougeur inflammatoire qu'on observe partout ailleurs. C'est une coloration analogue par son aspect à la teinte jaune que présente après la mort, soit la surface interne de la vésicule biliaire, soit la portion d'intestin en contact avec cette vésicule. Jamais, en pareil cas, les vaisseaux ne nous ont présenté ces différents degrés d'injection et autres altérations que M. Gendrin a produites, soit à leur surface interne, soit dans l'épaisseur de leurs tuniques, en irritant ces organes sur des animaux (1).

Cherchons maintenant à apprécier la nature des altérations qu'on a trouvées dans le cœur et dans les vaisseaux d'individus morts de fièvres continues, et essayons de déterminer le rôle qu'ont pu jouer dans ces maladies de semblables altérations.

Ces altérations se réduisent aux suivantes:

---

(1) *Histoire anatomique des Inflammations*, tome II. Voyez d'ailleurs pour la description détaillée de cette coloration notre *Précis d'anatomie pathologique*.

1° Épaississement, ulcérations de la membrane interne des veines ;
2° Pus ou pseudo-membranes à l'intérieur de ces vaisseaux ;
3° Diminution de consistance du cœur ;
4° Décoloration de la substance charnue du cœur ;
5° Rougeur de la surface interne du cœur ;
6° Rougeur de la surface interne des artères ;
7° Rougeur de la surface interne des veines.

L'épaississement, les ulcérations des veines, les pseudo-membranes déposées à leur surface interne, annoncent que ces vaisseaux ont été le siége d'un travail d'irritation ; dans ce travail a pu être le point de départ de la maladie, ou du moins il a pu avoir sa part dans la production d'un certain nombre de symptômes. C'est ce qui a eu lieu dans l'observation que l'on doit à M. Ribes : à la suite d'un phlegmon gangréneux d'une des mains, une phlébite se déclare, puis surviennent des symptômes ataxo-adynamiques au milieu desquels l'individu succombe (délire, face livide, météorisme, fuliginosités de la langue et des dents, etc.). A l'ouverture du cadavre, on trouve les veines du membre malade remplies de pus, leurs parois épaissies, et leur surface interne ulcérée. M. Breschet, plus récemment M. Dance, et M. Legallois, ont également cité des cas de phlébites qui paraissaient être le point de départ d'une fièvre dite adynamique. On peut encore en rapprocher le cas qui est relaté dans notre 60e observation. Mais nous ne craignons pas d'affirmer que sur cent cadavres d'individus morts de fièvre grave, on en trouve à peine un où les veines présenteront quelqu'une des altérations dont il vient d'être question.

Quant aux cas où l'on ne trouve dans les veines autre chose que du pus mêlé au sang, ce n'est pas là une preuve qu'il y ait eu maladie de ces vaisseaux ; car il peut avoir été absorbé par eux. Mais sa présence dans le sang peut être considérée comme produisant un véritable empoisonnement, d'où pourront résulter les symptômes de la fièvre adynamique, putride, typhoïde, etc (1).

Voilà donc des cas où les altérations trouvées dans les vaisseaux ont été produites pendant la vie, et ont joué un rôle manifeste dans les symptômes.

Recherchons s'il en sera de même des autres altérations.

(1) Ce point de doctrine a été particulièrement élucidé dans ces derniers temps par les travaux de MM. Ribes, Gaspard, Breschet, Bouillaud, Blandin, Velpeau, Gendrin, Dance, Le Gallois.

Si souvent notée par M. Louis, la diminution de consistance du cœur a-t-elle eu quelque part à la production de la maladie? Nous ne le pensons pas, car nous l'avons retrouvée dans bien d'autres cas où les individus morts des maladies les plus différentes, soit aiguës, soit chroniques, n'avaient présenté aucun symptôme de fièvre grave. Nous ne pensons pas non plus qu'on puisse attribuer cette diminution de consistance à un état inflammatoire du cœur. Nous croyons que le ramollissement du tissu du cœur est bien souvent un état qui ne s'est produit qu'après la mort. Presque toutes les fois, en effet, que nous avons ouvert des cadavres d'individus chez lesquels il y avait déjà des signes manifestes d'une putréfaction un peu avancée, nous avons trouvé le tissu du cœur d'une mollesse remarquable; il était tellement friable, qu'une légère traction en opérait la déchirure, ou qu'on y enfonçait le doigt avec la plus grande facilité. Mais il est des cadavres sur lesquels la putréfaction commence beaucoup plus vite que sur d'autres; dans ceux-là, on pourra trouver le cœur très-mou, bien que l'autopsie n'ait été faite qu'assez peu de temps après la mort. Ce ramollissement cadavérique est ordinairement accompagné d'une rougeur livide ou violacée du tissu du cœur. Dans les cas où l'on peut croire que la diminution de consistance a eu lieu pendant la vie, sa cause nous échappe, et, loin de la regarder comme une lésion qui a pu être le point de départ des symptômes, nous serions plutôt porté à admettre que ce ramollissement est un des produits de cette même disposition qui, à propos de toute lésion, crée chez certains sujets l'état dit adynamique, ou qui, continuant encore son influence après que la vie a cessé, liquéfie prématurément le sang. Ce sont là des points à éclaircir par de nouvelles recherches (1). Seulement, nous ferons remarquer ici qu'il est des sujets sur le cadavre desquels on trouve à la fois une singulière diminution de consistance de plusieurs organes : le cœur, les poumons, le foie, la rate, les reins présentent tous une remarquable friabilité; ils n'offrent d'ailleurs aucune autre lésion, et ce n'est pas plus à la suite de telle maladie que de telle autre qu'on trouve un semblable état. Nous avons cité un exemple bien remarquable de ce ramollissement général dans les réflexions qui suivent notre observation 63.

La décoloration de la substance charnue du cœur, observée chez quel-

(1) Relisez spécialement, sous ce point de vue, notre observ. LXIII.

ques individus morts de fièvre grave, n'est pas non plus particulière à ce genre de maladie, et dans l'état actuel de la science, on ne peut lui faire jouer aucun rôle dans la production de quelques-uns des symptômes des fièvres.

Nous avons déjà vu que la rougeur de la surface interne du cœur et des vaisseaux peut se rencontrer dans une proportion à peu près égale, à la suite de toutes les maladies indistinctement. Voyons cependant quelle peut être son influence dans les fièvres; pour cela, étudions sa nature, et recherchons les causes de son développement.

Le tableau suivant, dressé d'après les observations de MM. Louis et Bouillaud, et plusieurs des nôtres, va nous montrer d'abord une coïncidence bien remarquable entre la fréquence de la rougeur du cœur et des vaisseaux dans les différents mois de l'année, et l'élévation de la température de ces mois.

Nombre de fois où la rougeur a été rencontrée.		Nombre de fois où la rougeur n'a pas été rencontrée.	
Janvier	3 fois.	Janvier.	10 fois.
Février.	1	Février.	8
Mars.	4	Mars.	2
Avril.	3	Avril.	3
Mai.	2	Mai.	3
Juin.	6	Juin.	8
Juillet.	9	Juillet.	3
Août.	14	Août.	4
Septembre.	6	Septembre.	2
Octobre.	3	Octobre.	4
Novembre.	2	Novembre.	8
Décembre.	4	Décembre.	13

En étudiant ce tableau, on trouvera que, pendant les quatre mois où la température est la plus basse (novembre, décembre, janvier et février), la rougeur des vaisseaux a été observée moins souvent que dans les huit autres mois; que, pendant les quatre mois où la température est moyenne (octobre, mars, avril, mai), cette rougeur s'est rencontrée plus fréquemment que dans les mois d'hiver, mais beaucoup moins souvent que dans les quatre mois de l'année où la température est la plus

élevée (juin, juillet, août, septembre), encore dans ces quatre derniers mois la rougeur des vaisseaux ne se présente-t-elle pas, pour chacun d'eux, avec une égale fréquence. Les mois de juin et de septembre nous offrent chacun moins de cas de rougeur que les mois de juillet et d'août, et enfin c'est dans celui-ci, qui est en général le mois le plus chaud de l'année, que se trouve le maximum de fréquence des rougeurs vasculaires.

Que si maintenant nous faisons le même travail pour les maladies autres que les fièvres, nous arriverons encore à un résultat semblable ; et toujours nous trouverons que les mois les plus chauds de l'année sont ceux où l'on observe le plus souvent sur les cadavres des rougeurs à la surface interne du cœur ou des vaisseaux, de telle sorte que la loi suivante peut être établie :

Quelle que soit la maladie qui ait causé la mort, la fréquence des rougeurs vasculaires est proportionnelle à l'élévation de la température.

Cette loi entraîne avec elle la conséquence, que la température joue au moins un grand rôle dans la production de la teinte rouge du cœur ou des vaisseaux.

Cependant la seule élévation de la température ne saurait rendre compte de tous les cas où l'on observe cette teinte rouge, puisque, d'une part, elle se présente dans des cas où les cadavres ont été soumis à une température très-basse, et que d'autre part elle manque chez des sujets dont l'autopsie a été faite pendant les mois les plus chauds. La solution du problème qui nous occupe demande donc que nous y fassions encore entrer de nouveaux éléments.

Un de ces éléments les plus importants est sans doute le temps qui s'est écoulé depuis l'instant de la mort jusqu'à celui où se fait l'ouverture du cadavre.

Sur 192 sujets morts de fièvres continues ou d'autres maladies chez lesquels a été noté par nous ou par d'autres le nombre d'heures au bout desquelles l'autopsie a été faite, nous avons trouvé que la rougeur ou la pâleur de la surface interne du cœur ou des vaisseaux était distribuée de la manière suivante :

TEMPS ÉCOULÉ DEPUIS LA MORT.	CAS DE ROUGEUR.	CAS DE PALEUR.
10 heures.	2	0
11	0	1
12	0	1
13	0	1
14	0	2
15	1	3
16	0	4
17	0	5
18	1	4
19	1	7
20	1	6
21	1	12
22	1	11
23	3	8
24	6	10
25	2	5
26	2	6
27	2	2
28	6	1
29	3	0
30	9	2
31	7	0
32	0	0
33	1	1
34	6	2
35	3	0
36	7	2
37	4	0
38	3	0
39	1	0
40	6	0
41	0	0
42	3	0
43	4	1
3		22

TEMPS ÉCOULÉ DEPUIS LA MORT.	CAS DE ROUGEUR.	CAS DE PALEUR.
45 heures.	1	0
46	0	0
47	0	0
48	5	0
53	2	0
60	5	0

De ce tableau ressortent les résultats suivants :

On trouve :	CAS DE ROUGEUR.	CAS DE PALEUR.
Dans les 1res 24 h. après la mort..	17	74
De 24 h. exclusiv. à 30 h. inclusiv.	24	16
De 30 h. exclusiv. à 40 h. inclusiv.	38	5
De 40 h. exclusiv. à 60 h. inclusiv.	20	1

Ces résultats nous conduisent à poser la loi suivante :

La fréquence des cas où l'on rencontre de la rougeur à la surface interne du cœur ou des vaisseaux est proportionnelle à la durée du temps écoulé depuis l'instant de la mort jusqu'à celui où a lieu l'ouverture du corps (1).

Combinant cette loi avec les précédentes, nous arrivons à établir que quels qu'aient été la maladie et le genre de mort, les rougeurs vasculaires se rencontrent d'autant plus fréquemment sur les cadavres, qu'on en pratique l'ouverture sous l'influence d'une température plus élevée, et au bout d'un temps plus long après la mort.

Toutefois, ces deux conditions, qui n'agissent qu'en favorisant le développement de la putréfaction, sont-elles les seules qui produisent la coloration rouge du cœur et des vaisseaux ? Non, sans doute ; car, d'une part, nous trouvons cette coloration sur deux cadavres ouverts seule-

---

(1) Par cette loi nous pouvons nous rendre parfaitement raison du très-petit nombre de fois où, dans les soixante-cinq observations de ce recueil, nous avons constaté de la rougeur à la surface interne du cœur ou des vaisseaux. Appréciant toute l'importance de pratiquer les autopsies à l'époque la moins éloignée possible de celle où la mort a eu lieu, nous ouvrions très-rarement les cadavres après vingt-quatre heures de mort, et bien souvent l'autopsie avait lieu avant ce nombre d'heures.

ment dix heures après la mort pendant les mois de mars et de décembre; nous la retrouvons sur un autre cadavre ouvert quinze heures après la mort pendant l'hiver. D'une autre part, nous voyons cette même coloration rouge manquer sur un cadavre ouvert quarante-trois heures après la mort pendant les mois de juin, et sur deux autres ouverts au bout de trente-six heures de décès, à la vérité pendant les mois de novembre et de janvier.

Comment nous rendrons-nous compte de ces cas? dirons-nous que la rougeur, cadavérique dans les uns, ne l'est plus dans les autres, et qu'alors il faut la considérer comme ayant existé pendant la vie, et étant de nature inflammatoire? nous ne saurions admettre une pareille distinction; mais nous croyons que, suivant la nature de la maladie à laquelle ont succombé les individus, suivant leur genre de mort, la putréfaction peut commencer à des époques très-variables, et qu'il est tel cas où les phénomènes qui la révèlent pourront se manifester très-peu d'heures après la mort. Notre observation LXIII en est un exemple frappant. Un de ces phénomènes est la séparation spontanée des éléments du sang, le retour de ce sang à l'état liquide, et l'imbibition des parties solides avec lesquelles ce sang liquéfié se trouve en contact.

Ainsi donc, pendant l'hiver et à une époque très-peu éloignée de celle où la mort a eu lieu, il peut arriver qu'on trouve les vaisseaux colorés, soit qu'en même temps le sang qu'ils contiennent soit ou non devenu liquide. Ce n'est encore là qu'un phénomène cadavérique, mais dû aux conditions spéciales dans lesquelles la nature de la maladie a livré le sujet aux lois physiques, dans le moment où la vie chez lui s'est éteinte.

Quant aux cas très-peu nombreux dans lesquels, malgré le long espace de temps écoulé depuis la mort, les vaisseaux ont été trouvé blancs, il faut admettre, pour s'en rendre compte, une disposition inverse de la précédente, en vertu de laquelle la putréfaction, loin d'être avancée, se trouve au contraire retardée.

Du reste, le phénomène cadavérique de la coloration vasculaire n'est pas le seul qui dépende ainsi en partie des circonstances, soit physiques, soit organiques, au milieu desquelles la vie s'est éteinte. Combien, par exemple, n'observe-t-on pas de variétés, suivant les individus, dans la coloration des intestins par la bile, dans la présence d'épanchements séreux ou sanguinolents au sein de diverses cavités, etc. (1)!

---

(1) Par ces différents faits pourra se trouver confirmée la loi établie par M. Dutro-

De tout ce qui vient d'être dit, nous tirerons les corollaires suivants :

1° La teinte rouge que présente parfois la surface interne du cœur et des vaisseaux chez les individus qui ont été atteints de fièvres continues, ne joue aucun rôle dans la production de quelques-unes de ces fièvres ; elle ne concourt même à la production d'aucun de leurs symptômes ;

2° Cette teinte rouge se trouve indifféremment à la suite de toutes les maladies, après celles qui ont été accompagnées de fièvre, comme après celles qui ont été sans fièvre ;

3° Elle doit être considérée comme un phénomène cadavérique, dont la production plus ou moins rapide dépend de certaines conditions, qui toutes peuvent se résoudre en une seule, savoir : la tendance plus ou moins rapide du cadavre à la putréfaction.

Le sang, contenu dans le cœur et dans les vaisseaux des individus morts de fièvres continues graves, a particulièrement fixé l'attention dans ces derniers temps. On a dit qu'à la suite de ces maladies on le trouvait le plus ordinairement altéré ; tantôt, a-t-on dit, les caillots qu'il présente sont remarquables par leur extrême mollesse ; tantôt ces caillots même n'existent pas ; la fibrine ne se montre plus que sous la forme de petits fragments sans cohésion qui nagent épars au milieu d'une sérosité rougeâtre ; tantôt enfin ces fragments fibrineux disparaissent eux-mêmes, et le sang ne présente plus partout qu'une masse complétement liquide, soit d'un noir foncé, soit d'une teinte rose claire, et ressemblant dans ce dernier cas à de l'eau qu'on aurait étendue d'une petite quantité d'une matière colorante rouge (1).

Nous avons effectivement rencontré ces différents aspects du sang sur plusieurs cadavres d'individus morts avec les symptômes des fièvre graves (obs. VIII, XI, XV, XVII, XXX, XXXI, XXXII, XXXV, XL, XLIV, LXIII). Chez le sujet de l'obs. XVII, le cœur contenait des caillots semblables à ceux qu'on trouve le plus ordinairement sur les cadavres ; mais le liquide contenu dans l'aorte ne ressemblait plus à du sang ; c'était une matière couleur lie de vin, comme sanieuse en quelques endroits, assez semblable au liquide mal élaboré de certains abcès froids.

---

chet, en vertu de laquelle l'*exosmose* tend à remplacer l'*endosmose*, toutes les fois qu'un liquide contenu dans une cavité commence à se putréfier.

(1) *Voyez*, sur les différentes altérations du sang, notre *précis d'Anatomie pathologique*.

Mais, chez beaucoup d'autres sujets, qui, pendant la vie, avaient présenté cependant des symptômes semblables aux précédents, nous n'avons trouvé rien de semblable : le sang, examiné soit dans le cœur, soit dans les vaisseaux, avait l'aspect qu'il offre sur la plupart des cadavres; il était constitué par un caillot plus ou moins consistant, dépouillé ou non de matière colorante.

Que si maintenant nous recherchons quels sont les différents aspects que présente le sang sur les cadavres d'individus morts d'autres maladies que de fièvres graves, nous trouverons aussi que dans ces maladies quelle qu'ait été leur nature, le cœur et les vaisseaux contiennent parfois un sang liquide, dissous, etc., comme le sang de quelques fièvres graves, et nous croyons que si le nombre des cas où le sang a présenté cet aspect paraît être plus considérable dans les fièvres graves que dans les autres maladies, c'est que dans les fièvres l'attention a été plus particulièrement fixée sur ce point.

Pour nous, nous dirons que depuis que nous nous sommmes appliqués à examiner le sang sur tous les cadavres, nous l'avons rencontré bien des fois à l'état liquide dans toute espèce de maladie, et, pour ne parler que des observations citées dans ce volume, nous rappellerons que tel était l'état du sang chez l'individu affecté de tétanos, qui fait le sujet de l'observation XLII.

Ainsi donc, dans les fièvres continues, les cas dans lesquels on trouve le sang altéré d'une manière appréciable ne sont pas plus nombreux que ceux où le sang présente ce qui est pour nous son état normal; les cas de fièvres où ce liquide paraît altéré ne diffèrent en rien par les symptômes des cas où il ne semble pas l'être; et enfin de semblables altérations du sang s'observent à la suite d'autres maladies qui ne ressemblent en rien aux fièvres graves.

Parmi les cas où l'on trouve le sang liquide dans les vaisseaux, il en est un certain nombre dans lesquels cette liquidité coïncide avec différents signes de putréfaction. Alors on trouve en même temps les parois du cœur ramollies, et une teinte rouge en colore la surface interne, ainsi que celle des vaisseaux; cette liquidité du sang se rencontre aussi plus fréquemment, lorsqu'on ouvre les cadavres pendant une température élevée et long temps après la mort. Cependant, il est d'autres cas où il n'en est pas ainsi; alors, il faut bien admettre que des causes inhérentes au sujet lui-même ont empêché le sang de se coaguler sur le cadavre, ou, après qu'il s'est coagulé, ont hâté son retour à l'état li-

quide. Il nous est quelquefois arrivé de trouver blanche la surface interne des vaisseaux, malgré l'état liquide du sang qui était en contact avec elle. Mais il nous paraît vraisemblable que dans les cas de ce genre le vaisseau eût été trouvé coloré, si l'ouverture du cadave eût été faite plus tard.

Si, relativement à l'état du sang des individus morts de fièvres continues, nous rapprochons nos observations de celles de quelques autres auteurs, nous trouverons qu'ils ont obtenu des résultats semblables aux nôtres. Ainsi, dans les observations sur la fièvre entéro-mésentérique publiées par MM. Petit et Serres, il n'est pas question de la liquidité du sang, bien que, dans toutes ces observations, l'état du cœur soit noté avec soin. M. Trousseau n'a pas non plus signalé cette liquidité dans les observations de dothinentérite qu'il a publiées. M. Bouillaud, qui admet d'une manière générale que dans les fièvres graves on trouve le sang liquide et dissous, n'a cependant rencontré cet état du sang que dans trois cas, sur quinze cas de fièvres putrides qui sont consignés dans son ouvrage. Parmi les cinquante-quatre observations de M. Louis, il n'y en a que trois où il soit question de la liquidité du sang, et l'exactitude bien connue de ce médecin nous donne la garantie que s'il eût rencontré plus souvent cet état liquide du sang, il n'eût pas manqué de le noter.

Nous croyons donc pouvoir établir que, dans l'état actuel de la science, le rôle qu'on attribue au sang dans la production d'un certain nombre des fièvres graves, peut être beaucoup plus prouvé, soit par la nature des influences extérieures qui ont agi sur les individus, soit quelquefois par la nature des symptômes eux-mêmes, que par l'existence des altérations que l'anatomie a pu découvrir dans le sang. Ne compromettons pas de nouveau la cause de l'humorisme en demandant aux faits qui sont de son domaine plus qu'ils ne peuvent encore donner (1).

La rate, dont nous parlerons ici comme d'une dépendance probable de l'appareil circulatoire, est une des parties dont l'altération nous a paru être la plus fréquente chez les individus morts à la suite de fièvres continues. Dans la très-grande majorité des cas nous l'avons trouvée à

---

(1) N'oublions pas toutefois que les expérimentateurs, qui ont injecté des substances putrides dans les veines des animaux, disent avoir rencontré le sang liquide.

la fois notablement augmentée de volume, et singulièrement ramollie. En la pressant légèrement sous un filet d'eau, on en faisait sortir en très-grande quantité une matière semblable à de la lie de vin, et, en réduisant ainsi la rate à son parenchyme qui n'était pas altéré, on lui redonnait son volume accoutumé. Son accroissement de dimensions dépendait donc uniquement de ce que la matière contenue dans ses cellules y était en plus grande quantité que de coutume, comme son ramollissement tenait à la diminution de consistance de cette même matière.

Dans un seul cas, la rate, aussi molle que dans les cas précédents, avait en même temps un petit volume (obs. XLI).

Dans un autre cas, la rate était à la fois très-petite et très-dense (sob. XXXI).

Quelquefois enfin nous avons trouvé la rate avec les conditions de volume et de consistance qui constituent pour nous son état normal (*voyez* surtout les obs. XXV, XXVII, XLVIII).

Ainsi les altérations fort remarquables dont la rate est le siége dans les fièvres continues sont à peu près aussi fréquentes que le sont dans ces maladies les altérations intestinales; mais elles ne sont pas plus constantes que ces dernières, quelle que soit leur fréquence extrême.

La lésion la plus ordinaire que présente la rate dans les fièvres continues, c'est-à-dire l'augmentation de son volume avec ramollissement de son tissu, n'est pas liée à l'existence de la dothinentérite. Nous l'avons effectivement rencontrée sans qu'il y eût dans l'intestin aucune trace d'affection des follicules seulement un érythème intestinal (obs. XLIV). Dans un autre cas de ce genre, elle était encore molle, mais petite (obs. XLI).

Nous avons également observé l'augmentation de volume de la rate, avec ramollissement de son tissu, dans beaucoup d'autres cas où le tube digestif était parfaitement sain, et où les symptômes typhoïdes avaient leur point de départ ailleurs. Presque toutes les observations consignées dans l'article 3 du chapitre 1, déposent en faveur de cette assertion.

D'un autre côté les observations XXV et XXVII nous ont montré la rate à son état normal, bien que l'intestin grêle fût ulcéré; et que la membrane muqueuse de l'estomac fût rouge dans un cas, brune dans l'autre.

Le ramollissement de la rate avec augmentation de son volume n'est

pas non plus lié à certains états du sang. Quel que fût l'aspect de celui-ci, nous avons rencontré la même lésion dans la rate.

Cette lésion se forme d'ailleurs dès les premiers temps de la maladie : ainsi M. Louis a trouvé la rate molle et volumineuse chez deux sujets dont l'un était mort le huitième jour de la maladie, et l'autre le dixième. Nous avons aussi constaté l'existence de cette lésion chez un individu mort le onzième jour (obs. III). D'une autre part, nous l'avons également retrouvée chez des individus morts à toutes les périodes de la maladie, et jusqu'au quarante-sixième jour (obs. XV). Il paraîtrait résulter des recherches de M. Louis que l'on trouverait plus souvent la rate volumineuse et molle chez des sujets qui succombent avant le trentième jour que chez ceux qui meurent après cette époque.

Du reste ce n'est pas seulement chez les individus qui meurent de fièvres graves, avec ou sans altération des voies digestives, qu'on trouve la rate beaucoup plus molle que ne semble le comporter son état normal. Nous avons retrouvé cette même mollesse portée au dernier degré sur des cadavres d'individus morts des maladies les plus différentes, avec fièvre ou sans fièvre, et chez lesquels d'ailleurs aucun symptômes particulier n'avait révélé le ramollissement de la rate (1). Mais ce qui nous semble bien démontré, c'est que, dans aucune maladie aussi

---

(1) Nous avons trouvé ce ramollissement de la rate porté à un haut degré chez un scorbutique dont nous avons ouvert le cadavre à la Pitié, il y a environ un an. Nous transcrirons ici les détails de cette ouverture.

Le cerveau était généralement mou, de la sérosité distendait les ventricules, et la voûte à trois piliers était réduite en une bouillie blanchâtre vers sa partie moyenne.

Un énorme quantité de sérosité spumeuse et incolore engorgeait les poumons.

Le cœur avait son volume et sa consistance ordinaires. Il contenait dans ses cavités des caillots fibrineux denses. Cependant, le sang liquide, qui entourait ces caillots, offrait, comme suspendus au milieu de lui, une foule de petits grumeaux noirs que nous comparâmes à de petits fragments de suie. Un sang liquide et d'un noir foncé remplissait l'aorte.

Le tube digestif ne présentait à noter qu'un développement assez considérable des follicules de Brunner.

La rate avait au moins deux fois son volume ordinaire ; à l'extérieur, elle était molle et comme fluctuante. A peine l'eut-on incisée, qu'on vit s'en écouler une sorte de lie rougeâtre ; par une légère pression nous la vidâmes complétement ; puis en la plaçant sous un filet d'eau, nous la réduisîmes à son parenchyme fibreux qui était intact.

Le foie ne nous offrit rien autre chose qu'un développement remarquable des circonvolutions de sa substance blanche.

De nombreux épanchements de sang existaient dans l'épaisseur des muscles des membres, et pénétraient jusqu'aux os. En plusieurs points le périoste était séparé de la substance osseuse par ce même sang épanché. Les os eux-mêmes en étaient comme imprégnés, et leur tissu se brisait avec une remarquable facilité.

L'individu qui fait le sujet de cette observation avait eu toute la peau couverte de pétéchies et d'ecchymoses ; vers la fin de sa vie, il avait été pris d'une oppression considérable, par les progrès de laquelle il succomba.

souvent que dans les fièvres continues, on ne trouve cet organe ramolli; dans aucune surtout on ne le trouve aussi fréquemment augmenté de volume.

Dans l'état actuel de la science, nous ne pourrions faire d'ailleurs que de pures conjectures sur la cause qui, dans les fièvres continues, diminue ainsi la consistance normale de la rate en même temps qu'elle en augmente le volume. Nous ne pouvons pas dire davantage quelle est la nature de cette lésion. Nous rappellerons seulement que le docteur Bailly en a également constaté l'existence chez des individus morts pendant l'accès de fièvres intermittentes pernicieuses, quels qu'eussent été les symptômes prédominants de cette fièvre. Nous ferons enfin remarquer qu'une lésion aussi fréquente ne saurait être perdue de vue, toutes les fois qu'on cherchera à remonter aux causes et à la nature des fièvres.

Le médecin que nous venons de citer a publié plusieurs cas relatifs à des fièvres intermittentes pernicieuses, où le ramollissement de la rate avait été porté à un point tel que cet organe s'était déchiré. Nous avons observé une seule fois cette rupture spontanée de la rate chez un individu atteint d'une entérite folliculeuse avec symptômes typhoïdes. Cet homme, âgé de 25 ans, mourut à la Pitié après neuf à dix jours de maladie : on remarqua que peu d'heures avant de mourir il était tombé dans un affaissement subit, la veille, au milieu de son délire, il était tombé de son lit sur le carreau.

Nous trouvâmes plusieurs livres d'un sang noir et liquide épanché dans le péritoine : nous cherchâmes sur-le-champ si quelques gros vaisseaux ne s'étaient pas rompus; nous ne découvrîmes d'altération dans aucun; mais la rate présentait sur sa face externe deux déchirures oblongues, à travers lesquelles le sang contenu dans cet organe nous parut s'en être échappé pour aller remplir le péritoine. Cette rate, très-volumineuse, se réduisait en une véritable bouillie noire par la pression la plus légère. Nous comptâmes dans l'intestin quarante plaques elliptiques qui faisaient toutes saillie au-dessus du niveau de la membrane muqueuse; une seule commençait à s'ulcérer. Entre elles, la muqueuse pâle était parsemée d'un grand nombre de cryptes solitaires très-développés. Ces mêmes cryptes existaient dans le gros intestin. La membrane muqueuse de l'estomac offrait un pointillé rouge vif dans toute l'étendue de son grand cul-de-sac; partout où elle était rouge, elle était ramollie.

§ II. LÉSIONS DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE OBSERVÉES PENDANT LA VIE.

Les désordres fonctionnels de l'appareil circulatoire généralement compris sous le terme générique de fièvre, seront mieux étudiés et mieux connus, si, comme déjà nous l'avons fait ailleurs pour le mot *Inflammation* (1), nous envisageons isolément chacun des phénomènes qui concourent avec d'autres à la production de l'état complexe et indéterminé qu'on appelle *fièvre*.

Les battements du cœur ne nous ont présenté autre chose chez nos malades que divers degrés de fréquence et de force, toujours en rapport avec les degrés de fréquence et de force du pouls.

Les battements artériels nous présentent à étudier : 1° leur énergie, 2° leur fréquence, 3° leur régularité.

Rien n'a été plus variable chez nos malades que la force du pouls. Quelquefois, dès les premiers temps de l'affection, il était petit, misérable, très-facilement dépressible. D'autres fois il conservait jusqu'à la mort une grande résistance, et il donnait au doigt qui le pressait une sensation de plénitude. Nous avons vu, chez quelques-uns de nos malades, la vie cesser, lorsque les battements de l'artère avaient encore une grande énergie. Chez beaucoup d'individus, le pouls n'était ni plus fort ni plus faible que dans l'état habituel de santé. En général assez fort et assez plein au commencement de la maladie, il devenait de plus en plus débile et dépressible, à mesure que les symptômes adynamiques se prononçaient. Toutefois, dans un assez grand nombre de cas, l'énergie des battements artériels contrastait d'une manière remarquable avec l'état de prostration dans lequel semblaient tombés les malades. Chez plusieurs, le pouls, très-faible à certaines époques de la journée, se relevait et acquérait beaucoup de force, particulièrement vers le soir.

La fréquence du pouls s'est trouvée augmentée dans la très-grande majorité des cas; elle était généralement plus considérable le soir. Lorsque cette fréquence est telle qu'il n'y a pas plus de quatre-vingt-quinze à cent vingt pulsations par minute, ce signe, isolément considéré, doit engager à porter un pronostic favorable. Ce pronostic devient, au contraire, très-grave, si les battements artériels s'élèvent à plus de

---

(1) *Précis d'Anatomie pathologique.*

cent quarante par minute, et si surtout leur fréquence n'a pas diminué ou a augmenté à la suite de plusieurs émissions sanguines.

Chez le plus grand nombre de nos malades, le pouls n'acquit de fréquence qu'un temps plus ou moins long après que leur santé eut commencé à se déranger; tantôt l'accélération de la circulation était précédée d'un simple malaise général, sans désordre fonctionnel local bien appréciable; tantôt, et ce cas était plus commun que le précédent, il y avait divers symptômes du côté des voies digestives, et spécialement de la diarrhée.

Chez d'autres malades, l'accélération de la circulation, accompagnée de l'élévation de température de la peau, précédait tout autre phénomène morbide, et bien vainement alors, en n'interrogeant que les symptômes, aurait-on cherché, dans la souffrance de quelque organe, la cause de ce désordre de la circulation : ce mouvement fébrile persistait ainsi, isolé de tout autre désordre apparent, pendant vingt-quatre à cinquante heures; puis des désordres locaux survenaient, et presque toujours ils avaient lieu vers les voies digestives.

Chez d'autres, l'accélération de la circulation, avec accroissement de la chaleur de la peau, et sans autre désordre local apparent, persistait beaucoup plus longtemps, et, après avoir duré plusieurs jours, la fièvre cessait sans que nous eussions pu saisir dans l'économie d'autre lésion que cette fièvre elle-même. Toutefois nous n'oublierons pas que, dans quelque cas de ce genre qui se terminèrent par la mort, nous trouvâmes, dans l'intestin, des traces d'une affection aiguë des follicules. En fut-il ainsi dans ces cas nombreux de fièvres légères, sans désordre local appréciable, et qui se terminèrent par le retour à la santé, soit spontanément et par le seul fait d'une médecine purement expectante, soit à la suite d'un ébranlement imprimé à l'économie ou par des vomitifs ou par des saignées? Nous ne voudrions certainement pas l'affirmer; et, dans ce cas, jusqu'à plus ample informé, n'est-il pas tout à fait conforme au véritable esprit scientifique de donner une dénomination tirée des symptômes à une maladie dont le point de départ organique ne peut être souvent que soupçonné ou admis par une analogie qui n'est rien moins que rigoureuse, puisqu'il est indubitable que les fièvres dites essentielles peuvent avoir leur siége ailleurs que dans le tube digestif?

Enfin, chez plusieurs malades, nous avons vu tous les symptômes locaux disparaître, et cependant le mouvement fébrile persister encore

pendant un certain nombre de jours. Toute lésion locale a-t-elle alors disparu, ou persiste-t-elle encore, mais ne se trahit-elle plus que par le trouble de la circulation? Nous admettrions plus volontiers cette seconde hypothèse; et, pour lui donner quelque poids, nous rappellerions ces cas de pneumonie qui, eux aussi, à une certaine période de leur existence, ne s'annonçent plus que par de la fièvre, tous les symptômes locaux ayant complétement disparu. Dans ce cas, avant qu'on ne sût percuter et ausculter la poitrine, on eût dit aussi que la fièvre survivait à la lésion pulmonaire; et cependant, alors qu'il n'y a plus ni toux, ni dyspnée, ni expectoration, ni douleur thorachique, l'auscultation démontre que le poumon est loin d'être encore revenu à son état normal.

Il faut bien distinguer le cas dont nous venons de parler de celui où, après la disparition de tous les symptômes, l'on n'observe plus rien d'anormal qu'une simple fréquence du pouls, qui se lie bien souvent à l'état de convalescence, qu'on entretient en prolongeant trop longtemps la diète, et qui disparaît à mesure que l'individu se nourrit et reprend des forces.

Au lieu de s'être accélérés, les battements du cœur et des artères se sont ralentis d'une manière fort remarquable chez quelques-uns de nos malades; ou bien, au milieu des symptômes les plus graves, ils se sont à peine éloignés de leur état normal. Nous avons surtout observé cet état naturel du pouls, ou sa rareté, dans des cas où les symptômes nerveux prédominaient. Elle nous a servi, dans plusieurs cas, à distinguer une fièvre qui avait son point de départ dans l'encéphale, d'une autre dont le point de départ était dans le tube digestif. Toutefois, même dans ce dernier cas, et avec l'existence d'une dothinentérite, il peut arriver qu'on observe la rareté du pouls.

Du reste, la rareté du pouls, chez les individus atteints de fièvres graves, a été notée par beaucoup d'observateurs (1), et ils l'ont généralement regardé comme étant d'un très-fâcheux augure. Mais ce qu'ils n'ont pas dit, et ce que nous avons plusieurs fois observé, c'est que certains individus, dont le pouls avait été fréquent pendant tout le cours de leur maladie, viennent à présenter une remarquable rareté du

---

(1) Sarcone (*Histoire de l'épidémie de Naples*) parle de plusieurs malades dont le pouls présentait à peine quarante pulsations par minute.

pouls à l'époque de leur convalescence. Un individu, entre autres, avait eu tous les symptômes de la fièvre dite adynamique. Au moment où il pouvait être regardé comme en pleine convalescence, le pouls, qui avait peu à peu perdu sa fréquence morbide, devint tout à coup d'une grande lenteur : pendant six jours il ne battit que trente-six à trente-huit fois par minute ; il s'éleva ensuite à quarante, puis à cinquante pulsations ; et lorsque l'individu quitta l'hôpital dans un très-bon état de santé, son pouls était revenu à battre soixante-dix à soixante-douze fois par minute, ce qui était en rapport avec son âge et sa constitution.

Nous n'avons que très-rarement observé l'irrégularité du pouls ; dans les cas où elle avait lieu, nous n'avons pas vu que ce caractère du pouls exerçât quelque influence sur les autres symptômes, sur la marche de la maladie, sur sa gravité et sur sa terminaison. Dans un des cas où nous avons trouvé le pouls irrégulier, il y avait une grande quantité de vers dans le tube digestif. Un malade nous présenta une singulière anomalie : son pouls, irrégulier tant que l'affection fut légère, devint régulier à mesure que des symptômes graves se développèrent. Chez un autre, le pouls, après avoir présenté la plus grande régularité pendant tout le cours de la maladie, devint irrégulier pendant la convalescence. Toutes les fois, du reste, que chez les individus atteints de fièvres continues nous avons trouvé le pouls irrégulier, nous avons été portés à soupçonner que cette irrégularité dépendait moins de la maladie actuelle que d'une lésion organique du cœur, et, en recherchant celle-ci, nous en avons souvent en pareil cas constaté l'existence.

Les modifications que le pouls éprouve dans sa fréquence entraînent presque toujours une modification dans la température de la peau.

Le plus souvent, dans les fièvres continues, l'augmentation de fréquence du pouls est accompagnée d'une augmentation de chaleur de la peau ; mais on n'observe pas toujours un rapport rigoureux entre l'accélération de la circulation et l'élévation de la température. La chaleur peut être très-forte dans des cas où la fréquence du pouls n'est que médiocre ; cette chaleur peut être au contraire à peine prononcée, dans d'autres cas où le pouls a acquis une extrême fréquence.

Plus souvent que dans aucune autre maladie, la chaleur un peu forte de la peau coïncide, dans les fièvres graves, avec une aridité toute particulière de cette enveloppe. C'est surtout dans ces affections, qu'on observe à la peau cette chaleur *âcre,* comme mordicante, dans laquelle parfois l'enveloppe cutanée ne peut être touchée quelques secondes de

suite sans qu'on éprouve une sensation pénible, et même une véritable douleur.

Chez la plupart des malades, l'élévation de température de la peau s'est montrée plus considérable vers le soir.

Chez quelques-uns, ce qui nous frappait surtout, c'était une grande inégalité dans la distribution de la chaleur.

Chez d'autres, une même partie présentait en quelques heures les plus rapides alternatives d'un froid presque glacial et de la température la plus élevée.

L'élévation de température de la peau ne suit pas nécessairement toute irritation intestinale, quelque grave que soit celle-ci ; nous avons cité des cas de dothinentérites ayant eu une marche très-aiguë, et parvenues à la période d'ulcération lorsque la mort survenait, et dans lesquels cependant la température de la peau se conserva toujours à l'état normal. Nous en avons vu, entre autres, un exemple frappant chez la jeune fille qui fait le sujet de l'obs. XXIII. Chez elle, les intestins furent trouvés fortement ulcérés, et cependant ce ne fut que quarante-huit heures seulement avant la mort qu'elle présenta quelque chaleur à la peau. Chez cette malade il y avait surtout prédominance des symptômes nerveux ; pendant la vie, tout semblait indiquer que le point de départ de l'affection avait été dans l'encéphale, ou plutôt dans ses enveloppes ; cependant ce ne fut que dans les intestins qu'on trouva quelque lésion. De ce fait nous tirerons la conséquence que l'absence de la chaleur de la peau, chez un individu qui présente les symptômes de la fièvre dite ataxique, n'est pas, ainsi qu'on l'a dit, une raison suffisante pour affirmer que la maladie n'a pas eu son siége primitif dans les voies digestives.

Bien que, dans la plupart des cas, la chaleur de la peau disparaisse un certain nombre d'heures avant la mort, nous avons trouvé dans nos observations quelques individus chez lesquels la vie cessa à une époque où la température de la peau s'était maintenue très-élevée ; nous en avons vu d'autres chez lesquels ce ne fut que dans les derniers jours de l'existence que la peau offrit quelque chaleur.

L'abaissement de température de la peau peut se montrer sous différentes formes, et à diverses périodes de la maladie.

D'abord, chez plusieurs individus, le début de la maladie est marqué par cette sensation de refroidissement qui constitue le frisson. Au bout de quelques instants ou de quelques heures, la chaleur le remplace, et

il ne se montre plus. Mais bien souvent ce frisson initial manque complétement.

Soit que la maladie ait commencé par ce frisson, soit qu'il ne survienne qu'après quelques jours de malaise général, de céphalalgie, d'anorexie et même de diarrhée, soit enfin que la fièvre s'établisse, sans qu'aucun frisson en ait signalé l'invasion, il arrive, dans un certain nombre de cas, que, pendant le cours de la maladie, le frisson se manifeste d'une manière périodique, le plus ordinairement vers le soir; tantôt tous les jours, tantôt tous les deux jours seulement. Ce frisson est suivi d'une forte chaleur; et à celle-ci succède assez souvent, mais pas toujours, une sueur plus ou moins abondante. Ces accès peuvent ainsi se renouveler un certain nombre de fois, puis ils cessent, et la fièvre ne se montre plus que simplement continue. Nous avons vu ces accès disparaître à la suite de l'emploi des moyens les plus divers, tantôt des émissions sanguines, tantôt du quinquina, tantôt des vomitifs; nous les avons vus d'autres fois disparaître spontanément, après que les malades avaient séjourné quelques jours à l'hôpital.

Chez la plupart de nos malades, nous n'avons vu aucun symptôme grave accompagner le retour de ces accès; chez d'autres, ils ressemblaient à de véritables accès de fièvre pernicieuse. Dans un de ces cas, le retour de ces accès parut être prévenu par l'administration du quinquina en lavement; dans un autre cas, ce moyen ne fut pas employé, et la mort eut lieu après le troisième accès.

On observe, chez les individus atteints de fièvres graves, d'autres formes de refroidissement qui ne ressemblent plus au frisson d'un accès de fièvre. On voit alors, soit dans sa totalité, soit dans quelques points de son étendue, la peau perdre tout à coup sa chaleur, et présenter un froid cadavérique, qui tantôt persiste jusqu'à la mort, et tantôt est suivi du rétablissement de la chaleur (1).

Nous avons vu quelques malades chez lesquels la fièvre continue avait été précédée par des accès de fièvre intermittente. Nous en avons vu

(1) Le refroidissement cadavérique de la peau n'est pas constamment un signe infaillible de la mort. Nous avons eu récemment occasion d'observer un individu, atteint d'une affection chronique de l'estomac, chez lequel, deux mois au moins avant la mort, la peau présenta trois ou quatre fois un refroidissement tel qu'il semblait que l'on touchait un cadavre. En même temps le pouls se perdait, la respiration devenait presque insensible : le malade semblait agonisant. Cet état durait une vingtaine d'heures, puis la peau se réchauffait, la circulation se rétablissait, et l'individu était rendu à son état habituel.

d'autres chez lesquels une fièvre intermittente survint pendant la convalescence d'une fièvre continue.

L'un de ces malades était une bonne d'enfants, âgée de 16 ans. Lorsqu'elle entra à la Charité, elle était atteinte d'une fièvre continue légère, qui céda à quelques jours de diète et de repos. Convalescente depuis peu de temps, elle ne reprenait pas ses forces ; sa face était d'une grande pâleur ; elle ressentait, par intervalles, des frissons passagers, suivis de chaleur, et jamais de sueur. Tantôt ces espèces d'accès ne se manifestaient que tous les quatre ou cinq jours, tantôt ils revenaient plusieurs fois dans le même jour. La malade resta dans cet état pendant trois semaines. Au bout de ce temps, elle eut six accès réguliers de fièvre tierce ; le retour du septième fut empêché par l'administration du quinquina. La malade ne tarda pas à sortir très-bien portante.

L'autre malade, convalescent d'une fièvre inflammatoire, se disposait à quitter l'hôpital, lorsque, sans cause connue, il fut pris d'une fièvre tierce bien caractérisée. Elle fut coupée par le quinquina, après le sixième accès.

Un troisième malade était également atteint d'une fièvre continue lorsqu'il entra à la Charité. Au bout de dix jours environ le pouls n'étant plus que médiocrement fréquent, un violent frisson, suivi de chaleur et de sueur, eut lieu dans l'après-midi. Trois accès semblables reparurent les jours suivants sous le type tierce. Dans l'intervalle des accès, l'apyrexie était complète. Cette fièvre intermittente cessa spontanément au bout du quatrième accès (1).

Nous avons déjà vu l'aspect que présentait le sang après la mort, soit dans le cœur, soit dans les vaisseaux. Résumons maintenant ce que nous ont appris nos observations relativement aux qualités que nous a présentées ce même sang tiré de la veine pendant la vie.

Sur un grand nombre de saignées où l'état du sang se trouve décrit, nous n'en trouvons que douze dans lesquelles le sang ait présenté une couenne, rarement épaisse et dense, le plus souvent mince et molle

(1) Depuis que ces lignes ont été imprimées dans nos éditions précédentes, nous avons observé quelques individus parvenus à une période déjà avancée d'une fièvre typhoïde ou entérite folliculeuse, chez lesquels le mouvement fébrile continu était interrompu par de véritables accès accompagnés des symptômes les plus graves. Ces accès revenaient sous le type tierce ou quotidien. Nous les avons enlevés à l'aide du sulfate de quinine que nous n'avons pas hésité à donner par la bouche, et nous n'avons pas eu lieu de nous en repentir.

(obs. IX, XIX, XXX, XLIII, LVIII, LXXXVII, C, CXII, CXVIII, CXXI, CXXIII, CXXVII, CXXX). Parmi les malades qui font le sujet de ces observations, deux (obs. CXVIII et CXXI) ayant eu deux fois la veine ouverte, présentèrent un sang dépourvu de couenne à la première saignée, et un sang couenneux à la seconde. Chez l'un de ces malades, celui de l'observation CXVIII, rien ne put expliquer cette différence de l'aspect du sang des deux saignées. Chez l'autre (obs. CXXI), la seconde saignée fut faite pour combattre une pneumonie survenue pendant la convalescence ; mais, toutes les fois qu'il y eut complication de pneumonie, il n'y eut pas pour cela production d'une couenne. Ainsi, l'individu qui fait le sujet de la première observation fut saigné trois fois ; la troisième saignée, pratiquée pendant l'existence d'une pneumonie, ne fut pas plus couenneuse que les deux autres.

Chez beaucoup de malades, le caillot fut remarquable par sa grande mollesse et par son défaut complet de rétraction.

Chez quelques autres, le sang tiré de la veine offrit un aspect qui indiquait une altération plus prononcée de ce liquide. Ainsi, chez le sujet de l'obs. XVII, le sang ressemblait à de la gelée de groseille ; et c'est dans ce même cas qu'après la mort l'aorte fut trouvée remplie par un sang tout particulier, sanieux, etc., que nous avons décrit plus haut. Le sang n'était pas moins altéré chez un des sujets atteints de variole, dont nous avons cité l'observation : au-dessous d'une couenne fort épaisse, on ne trouvait plus de trace de caillot, mais seulement une sorte de lie, constituée par la fusion intime des différents éléments du sang. L'existence de la couenne inflammatoire avec un pareil état de dissolution du sang nous paraît dans ce cas fort remarquable. Chez le sujet de l'obs. CXVIII, dont la deuxième saignée fut couenneuse, la première présenta un caillot sans cohésion, dont les fragments nageaient épars dans le sérum, où ils tendaient à se dissoudre. Enfin chez la femme qui fait le sujet de l'obs. XXII, le sang était très-séreux et très-peu chargé de matière colorante.

Voilà tout ce que nous a offert de particulier le sang tiré de la veine des individus atteints de fièvres continues légères ou graves. Observé pendant la vie, ce sang ne présente donc pas plus d'altération constante que le sang de ces mêmes maladies observé après la mort. Les trois seuls cas dans lesquels nous ayons vu le sang réellement altéré n'ont offert, dans les symptômes, rien autre chose que ce qui avait lieu dans les autres cas ; mais, de plus, nous avons retrouvé des altérations sem-

blables dans le sang d'individus atteints de toute autre maladie que de fièvres dites essentielles.

Du reste, depuis que les observations que contient ce volume ont été recueillies, nous avons eu bien souvent occasion de soumettre à un xamen attentif le sang tiré de la veine d'individus atteints de toutes les variétés de fièvres dites essentielles. Tout ce que nous y avons constaté, c'est la rareté de la couenne et la mollesse assez grande du caillot. Quant à cette couenne elle-même, les causes qui, sur dix cas de fièvres continues, la produisent une fois et la font manquer neuf autres fois, ne nous paraissent pas pouvoir être saisies, si ce n'est lorsqu'il survient une complication de pneumonie, de pleurésie ou de rhumatisme.

M. Louis n'a trouvé non plus rien de particulier dans le sang tiré de la veine des individus atteints de fièvres typhoïdes ; comme nous, il n'a trouvé la couenne que dans un assez petit nombre de cas, treize fois sur quarante cas de saignée.

D'après ces faits, qui sont assez nombreux pour qu'on puisse leur accorder quelque valeur, nous n'accepterons qu'avec réserve d'autres faits, recueillis à diverses époques, d'où il résulterait que rien n'est plus commun que de trouver le sang altéré chez les individus que l'on saigne pendant le cours d'une fièvre grave. Nous répéterons ici ce que nous avons déjà établi comme conséquence de ces recherches sur le sang examiné après la mort : c'est que si, dans ces maladies, il existe une altération du sang, elle n'est point le plus souvent applicable par nos sens (1).

APPAREIL DE LA CIRCULATION LYMPHATIQUE.

Des diverses parties qui composent cet appareil, une seule nous a paru très-fréquemment lésée : ce sont les ganglions mésentériques. Toutes les fois que nous avons trouvé l'intestin exanthémateux ou ulcéré, ces ganglions se sont montrés à nous gravement altérés. Ils étaient

(1) A une époque où l'on parlait beaucoup des altérations qu'éprouve le sang dans les fièvres graves, Milmann, dans ses excellentes *Recherches sur le scorbut et sur les fièvres putrides*, s'exprime ainsi : « La saignée ayant été pratiquée dans beaucoup de fièvres malignes et dans la peste, on a trouvé que le sang *variait dans ces maladies autant que dans les autres*, étant quelquefois coagulé, et d'autres fois peu disposé à l'être ; et *je ne crois pas*, ajoute-t-il, *que personne puisse de bonne foi assigner la raison de ces différences.*

beaucoup plus volumineux que de coutume ; leur tissu était rouge ou brunâtre, il se déchirait sous le doigt avec la plus grande facilité, et quelquefois de petits foyers de pus étaient disséminés à l'intérieur d'un ou de plusieurs ganglions.

Les ganglions mésentériques qui nous parurent le plus constamment et le plus gravement affectés, furent ceux qui correspondaient aux portions d'intestin qui étaient le plus malades, c'est-à-dire à la fin de l'intestin grêle ou au cœcum. Il y avait toujours un rapport direct entre l'intensité de la lésion intestinale et celle de la lésion des glandes.

Chez quelques individus, qui succombèrent lorsque déjà l'affection intestinale marchait vers la guérison ou était guérie, il restait encore quelques traces de l'affection des ganglions mésentériques ; ils avaient encore un excès de volume, et leur couleur indiquait dans ces corps un reste de travail phlegmasique à son déclin.

D'après ces faits, nous croyons pouvoir établir que, dans les fièvres, l'affection des ganglions mésentériques est consécutive à l'affection intestinale, et qu'elle est un produit de celle-ci (1). Il y a un rapprochement à faire entre l'engorgement que subissent alors les glandes du mésentère, et celui qu'éprouvent les ganglions lymphathiques de l'aisselle ou de l'aine lorsqu'un virus, une matière irritante quelconque, sont déposés dans le tissu des parties dont les vaisseaux lymphatiques aboutissent à ces glandes. On a dit qu'à l'instar des ganglions de l'aisselle ou de l'aine, les ganglions du mésentère ne devenaient malades que par suite de l'absorption des matières irritantes, produites à la surface de la membrane muqueuse ulcérée. L'on a ajouté que le mélange de ces matières avec la lymphe et le sang pouvait être considéré comme la cause de plusieurs des symptômes qui caractérisent les fièvres graves. Tout cela est possible ; mais remarquez que, pour que les ganglions axillaires ou inguinaux s'engorgent, il n'est pas besoin que l'absorption d'une matière irritante ait eu lieu ; il suffit qu'un point quelconque de la peau ou du tissu cellulaire, d'où naissent les lymphathiques qui se rendent à ces ganglions, ait été piqué, irrité d'une manière quelconque. Il peut en être de même pour les ganglions mésentériques. Mais pourquoi l'inflammation de ceux-ci suit-elle constamment l'irritation intes-

(1) A cette conséquence sont arrivés MM. Petit et Serres, et tous ceux qui, depuis ces médecins, se sont occupés du même sujet.

tinale? Pourquoi l'inflammation des ganglions de l'aisselle ou de l'aine suit-elle beaucoup moins souvent l'irritation portée sur le point d'origine des lymphatiques qui se terminent à ces ganglions?

APPAREIL RESPIRATOIRE.

§ Ier. LÉSIONS DE CET APPAREIL ORSERVÉES APRÈS LA MORT.

Les bronches ne nous ont présenté rien de remarquable. Nous n'y avons trouvé autre chose qu'une rougeur plus ou moins vive, semblable à celle qu'on y rencontre dans une foule d'autres cas. Chez plusieurs sujets, elles contenaient une assez grande quantité de mucosités, tantôt incolores, tantôt rougeâtres.

Si les bronches ne nous ont pas offert d'altération digne de remarque, il n'en a pas été de même du parenchyme même du poumon. Nous n'avons trouvé ce parenchyme à l'état sain que chez le plus petit nombre des sujets. Chez eux, il présentait tout au plus ce léger engouement qu'on rencontre sur presque tous les cadavres. Mais dans bien des cas cet engouement était beaucoup plus considérable; en incisant le poumon, ou en le pressant entre les doigts, on voyait en ruisseler en très-grande quantité un liquide plus ou moins spumeux, quelquefois incolore, mais le plus souvent rougeâtre. Cet engouement était tellement considérable, qu'on ne pouvait pas le regarder comme un simple effet cadavérique; c'était très-probablement un premier degré de phlegmasie pulmonaire.

Chez d'autres, à la place de cet engouement soit séreux, soit séro-sanguinolent, il existait une hépatisation plus ou moins étendue du parenchyme pulmonaire. Cette hépatisation était rouge dans la plupart des cas, et dans quelques-uns elle était grise ou mêlée à un commencement d'infiltration purulente (obs. I, V, XIV, XIX, XXII, XXVIII, XXXI, XXXVII, XXXVIII, XLV, LII). Dans l'observation LII, l'inflammation pulmonaire était la seule lésion qui existât; c'était elle qui avait été le point de départ des accidents typhoïdes.

Une fois nous avons trouvé une gangrène du poumon (obs. XIX) : c'était chez l'un des individus dont le poumon était hépatisé; mais l'hépatisation existait dans le lobe inférieur, et la gangrène au centre du

lobe supérieur. Cette gangrène ne nous parut être, d'ailleurs, qu'une complication purement accidentelle de la maladie.

Deux fois de petits foyers de pus étaient disséminés dans le parenchyme pulmonaire ; mais c'étaient là des cas tout spéciaux, et ces abcès paraissaient s'être formés consécutivement à la présence du pus dans le torrent circulatoire. Dans l'un de ces cas, il y avait eu une phlébite, et dans l'autre cas la maladie principale était une variole confluente (obs. LXI, LVII).

Dans trois cas (obs. X, XXXVI, XL) le poumon contenait des tubercules.

Dans un autre cas, enfin, des masses cancéreuses étaient disséminées dans le poumon, et des vaisseaux lymphatiques, pleins d'une matière semblable à du cancer ramolli, rampaient à la périphérie du poumon, et plongeaient dans son intérieur (obs. LXII).

De ces lésions diverses, aucune n'appartient en propre au genre de maladies qui nous occupent. La suivante, au contraire, bien qu'ayant été observée dans plusieurs autres maladies, nous a semblé se rencontrer plus spécialement dans les fièvres graves. Dans cette lésion, le parenchyme pulmonaire, devenu imperméable à l'air comme dans le cas d'hépatisation, offre un tissu brun ou d'un rouge livide, qui s'écrase sous le doigt comme une sorte de pulpe. Dans cet état le poumon ressemble beaucoup à certaines rates remarquables par leur grande mollesse. On pourra se faire une idée de cette lésion du poumon, et voir dans quelles conditions de maladie elle est survenue, en consultant particulièrement les obs. VI, XII, XVII, XXI, XXVII, XXX.

Deux fois seulement (obs. XXXI, XXXVII), nous avons trouvé, dans les plèvres, des concrétions albumineuses membraniformes, traces d'une pleurésie récente.

Chez quelques individus (*voyez* surtout les obs. XV, XVI, XXXIII), la cavité des plèvres était remplie par un liquide rouge, semblable à du sang qu'on viendrait de tirer d'une veine. Dans un de ces cas, il y en avait au moins une pinte dans chaque plèvre ; dans un autre cas, le péricarde en contenait également.

M. Louis a aussi plusieurs fois rencontré de pareils épanchements chez les individus morts de la maladie qu'il a appelée typhoïde. Dans les cas qu'il rapporte, pas plus que dans les nôtres, les plèvres n'offraient rien autre chose de morbide que l'épanchement lui-même.

Ces épanchements sanguinolents nous paraissent d'autant plus dignes

d'être notés, qu'on les a retrouvés souvent sur les cadavres d'animaux chez lesquels on avait produit les symptômes de la fièvre adynamique, en injectant des matières putrides dans leurs veines.

On peut juger, d'ailleurs, d'après ce résumé, combien a été grande la quantité des malades qui ont succombé avec une affection du côté des voies respiratoires. Presque toujours cette affection a coïncidé avec celle d'autres parties, et spécialement du tube digestif. Quelquefois cependant, chez des individus morts avec les symptômes de la fièvre dite adynamique, nous n'avons trouvé d'autre lésion qu'une pneumonie ; et, dans ce cas, il nous a semblé que le point de départ de la fièvre devait être placé dans la lésion pulmonaire. Nous avons tellement insisté sur ce point dans les réflexions qui suivent nos observations particulières, que nous n'y reviendrons point ici. Enfin, quelquefois (obs. XXXVII), l'affection pulmonaire s'est déclarée pendant la convalescence, et a causé la mort.

§ II. LÉSIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE OBSERVÉES PENDANT LA VIE.

Les désordres fonctionnels de cet appareil, dans les fièvres continues, ne répondent pas, par leur gravité apparente, à l'intensité et à la fréquence des désordres que l'anatomie y découvre après la mort. Ici, plus que dans aucune autre maladie, les altérations les plus profondes du parenchyme pulmonaire naissent et se développent d'une manière complétement latente ; et souvent la désorganisation du poumon est consommée avant qu'on ait pu même soupçonner qu'il fût lésé. Cela est d'autant plus remarquable, que c'est ici d'une manière aiguë que se développe l'affection pulmonaire. Quoi qu'il en soit, passons en revue les différents cas qui se sont présentés à notre observation.

Au début de la maladie, on remarque souvent qu'en même temps que se développent les symptômes de l'irritation intestinale, apparaissent aussi d'autres symptômes qui dénotent l'existence d'une hypérémie active de la membrane muqueuse de voies aériennes. Par ses symptômes le siége de la maladie parait être dans la membrane muqueuse gastro-pulmonaire ; souvent même les signes d'irritation de la membrane muqueuse bronchique sont les moins équivoques. Les malades toussent ; ils expectorent une mucosité transparente, dans laquelle on observe parfois quelques stries de sang, ils accusent une sensation pénible à l'intérieur de la poitrine ; plusieurs disent éprouver comme une

brûlure ou un déchirement dans toute l'étendue du sternum. D'autres se plaignent de douleurs qui se promènent sur divers points des parois thorachiques, ou qui se fixent en un point de ces parois; quelques-uns ont même plus ou moins de peine à respirer, et ils ont manifestement de l'oppression.

Si, avec un pareil ensemble de symptômes, on percute la poitrine, on ne trouve le plus souvent aucune modification dans la sonoréité des parois. Si l'on pratique l'auscultation, tantôt on ne découvre rien d'insolite, partout le bruit respiratoire est pur comme dans l'état normal; tantôt il est plus intense, et, comme nous l'avons établi dans un autre volume, il y a alors à craindre qu'un certain nombre de lobules pulmonaires ne soient devenus imperméables à l'air. Tantôt, enfin, on entend des râles divers, qui annoncent ou la présence d'une certaine quantité de mucosités dans les bronches, ou un léger engorgement de la membrane muqueuse de ces conduits.

Ces divers symptômes n'existent souvent que dans les premiers jours de la maladie; on les voit disparaître soit spontanément, soit à la suite d'une émission sanguine, et quelquefois d'un vomitif, et la maladie semble alors se concentrer de plus en plus dans le tube digestif. D'autres fois, ces symptômes persistent sans s'aggraver, pendant tout le cours de la maladie. D'autres fois, ils s'aggravent; l'irritation de la membrane muqueuse pulmonaire se propage au parenchyme de l'organe, et tous les signes d'une pneumonie apparaissent.

Mais ce n'est point ainsi que débute le plus ordinairement la pneumonie qui vient compliquer les fièvres continues. Souvent elle survient seulement à une époque beaucoup plus éloignée de leur début, et chez des individus qui jusqu'alors n'avaient présenté, soit par des signes rationnels, soit par l'auscultation, aucune trace de lésion pulmonaire.

Alors deux cas peuvent se présenter : dans l'un de ces cas, la pneumonie s'annonce par ses symptômes caractéristiques; dans l'autre cas, elle reste latente, et l'auscultation ou la percussion peuvent seules en révéler l'existence.

Lorsque le premier cas a lieu, les malades, après avoir ou non éprouvé du frisson, sont pris de toux, de points de côté, de crachats souillés, etc.; ils présentent dans chacun de ces symptômes, les nombreuses variétés que nous avons signalées dans un autre volume de la *Clinique* (partie *des maladies de poitrine*).

Le second cas peut se présenter à une époque où les malades sont

loin d'être encore tombés dans l'adynamie ; mais le plus ordinairement la pneumonie ne reste complétement latente que lorsqu'elle atteint un individu déjà profondément adynamisé, ou chez lequel existent divers symptômes nerveux plus ou moins graves. C'est surtout en pareil cas qu'au lieu, soit du simple engouement, soit de l'hépatisation rouge ou grise ordinaire, on trouve le ramollissement brun ou livide dont nous avons parlé plus haut.

Combien de fois, en pareil cas, n'avons-nous pas trouvé une grande partie du parenchyme pulmonaire devenue imperméable à l'air chez des sujets qui, pendant leur vie, n'avaient présenté aucune gêne appréciable dans leur respiration, qui n'avaient pas toussé, et dont les crachats avaient été nuls ou simplement muqueux ! Il est donc bien important de percuter et d'ausculter souvent les individus atteints de fièvres graves, quelque exempts qu'ils paraissent être de toute maladie de l'appareil respiratoire.

Sans s'être manifestée par aucun de ses symptômes locaux ordinaires, la pneumonie des fièvres graves peut produire des symptômes généraux fort remarquables. Ainsi, en même temps que l'auscultation avertit de son invasion, on observe un accroissement considérable de la prostration; tout à coup le pouls devient beaucoup plus fréquent et souvent misérable, bien que d'autres fois il prenne de la dureté; les traits de la face s'altérent, et souvent les pommettes viennent à présenter une couleur rouge plaquée qui ressort sur la teinte d'un pâle livide du reste de la face.

Les pneumonies qui surviennent pendant la convalescence sont le plus ordinairement annoncées par des symptômes qui ne permettent pas de les méconnaître ; nous ne nous y arrêterons donc pas. Mais nous appellerons un instant l'attention sur un autre cas que nous ont offert quelques-unes de nos observations. Plusieurs convalescents se plaignent d'une toux qui semble d'abord sans importance ; cependant cette toux persiste : la fièvre, qui avait complétement disparu, reparaît sous une autre forme ; chaque soir il y a accélération du pouls et chaleur à la peau, et bientôt, chaque matin, des sueurs terminent cet accès de fièvre. Les forces, qui d'abord avaient paru se rétablir, diminuent de plus en plus, et, au bout d'un temps plus ou moins long, on ne peut plus douter de l'existence d'une phthisie pulmonaire. En remontant aux antécédents, on trouve que, chez les uns, il y avait eu, avant leur dernière maladie, divers accidents qui pouvaient faire craindre chez eux le développement

de tubercules. Mais, chez d'autres, rien de semblable n'avait existé, et c'est pour la première fois, pendant le cours de leur convalescence, qu'ils offrent quelques symptômes de tuberculisation du poumon.

Dans tout ce que nous venons de dire, nous n'avons parlé de l'affection de l'appareil respiratoire que comme d'une complication des fièvres; mais il est d'autres cas où cette affection paraît en être le point de départ. C'est ce qu'on observe surtout chez les vieillards; lorsque chez eux vient à sévir une pneumonie, à peine a-t-elle été annoncée par ses symptômes ordinaires, que parfois la langue se sèche et se noircit, l'intelligence se trouble; on observe, en un mot, tous les phénomènes qui caractérisent la fièvre dite adynamique; alors les crachats peuvent se supprimer, l'oppression peut être légère, la toux rare. Sans la percussion et l'auscultation, on méconnaît encore l'affection pulmonaire, ou on la perd de vue, et ce n'est qu'à l'ouverture des cadavres qu'on en apprécie toute la gravité. Nulle part ailleurs on ne trouve de lésion, et il semble alors tout naturel de rapporter à la maladie du poumon les symptômes adynamiques qu'a présentés l'individu.

Tandis que, chez un grand nombre de sujets atteints de fièvres graves, aucun symptôme local ne révèle l'existence des lésions pulmonaires les plus intenses, il est d'autres sujets chez lesquels on observe un trouble très-marqué de la respiration, sans qu'on trouve, après la mort, aucun désordre dans le poumon. Cet organe restant parfaitement sain pour l'anatomiste, la respiration se montre accélérée, courte, difficile, ou singulièrement irrégulière; ainsi l'on voit des malades chez lesquels, dans un court espace de temps, les mouvements inspiratoires présentent tour à tour une extrême fréquence, puis une grande rareté. Ces modifications diverses de la respiration sont manifestement le résultat du trouble de l'innervation. Pourquoi le désordre des centres nerveux n'entraînerait-il pas une contraction désordonnée des muscles inspirateurs ou expirateurs, comme il détermine dans les muscles de la vie de relation les mouvements les plus insolites?

APPAREILS DES SÉCRÉTIONS.

§ I. LÉSIONS DU TISSU CELLULAIRE.

Ce tissu ne s'est montré que rarement altéré. Les lésions en petit nombre que nous y avons rencontrées sont les suivantes:

1° Des épanchements de sang. C'est ainsi que, dans les obs. XXIII et XXX, une notable quantité de sang infiltrait le tissu cellulaire placé entre les fibres des muscles droits de l'abdomen.

2° Des collections de pus. Tantôt elles se formèrent pendant le cours de la maladie, et parurent avoir peu d'influence sur sa terminaison (obs. XIII, LI); tantôt l'époque de leur apparition coïncida avec celle d'un amendement général des symptômes (obs. CXXXVII). Une autre fois (obs. XXXVI), les abcès multipliés qui se manifestèrent coïncidèrent aussi d'abord avec l'établissement de la convalescence. Mais l'un de ces abcès ne se tarit pas, et il en résulta une abondante et funeste suppuration qui causa la mort.

Dans un de nos cas de varioles compliquées d'accidents typhoïdes (obs. LVII), des abcès existaient dans le tissu cellulaire du cou; ils semblaient être métastatiques, comme ceux qui chez le même sujet étaient disséminés dans le poumon.

Enfin, chez les individus qui font le sujet des observations XLVIII et XLIX l'inflammation du tissu cellulaire, terminée par suppuration simple dans un cas, par gangrène dans l'autre, apparut au commencement de la maladie, et put en être considérée comme le point de départ; du moins, à l'ouverture des cadavres, on ne trouva que ce phlegmon pour expliquer la fièvre adynamique.

3° Des infiltrations séreuses. Elles ont été observées chez quelques convalescents; elles étaient généralement bornées au pourtour des malléoles, et se dissipaient spontanément après quelques jours de durée.

Chez une femme, dont l'histoire n'est pas consignée dans ce recueil, nous avons observé, pendant la convalescence d'une fièvre grave, une infiltration séreuse considérable de tout le membre abdominal gauche. Cette infiltration, qui s'établit rapidement, suivit l'apparition de douleurs extrêmement vives, qui avaient leur siége dans la région iliaque gauche. Ces douleurs furent combattues par des applications de sangsues; elles durèrent une huitaine de jours, puis se dissipèrent L'œdème du membre disparut bientôt après. On ne pourrait ici produire que des conjectures sur la cause des douleurs et de l'œdème qui les suivit.

§ II. LÉSIONS DES MEMBRANES SÉREUSES.

Nous avons déjà parlé des épanchements rouges, formés par du sang, qu'on trouve assez souvent dans la plèvre, dans le péricarde, dans le

péritoine. Ils existent sans que le tissu d'où le sang provient présente aucune altération appréciable, et ce ne serait que par hypothèse qu'on rapporterait à un travail inflammatoire ces épanchements sanguins, qui souvent paraissent se lier beaucoup moins à une lésion même du point de l'économie où ils ont lieu, qu'à certaines conditions du sang. On produit, en effet, ces épanchements chez les animaux qui reçoivent dans leurs veines des matières putrides ; or, celles-ci altèrent si bien le sang qu'elles en empêchent la coagulation après la mort; on retrouve aussi de pareils épanchements chez les scorbutiques.

L'inflammation proprement dite des membranes séreuses est un phénomène fort rare dans les fièvres. Ainsi, dans ces maladies, la plèvre se montre beaucoup moins souvent altérée que le poumon ; et, bien qu'en contact presque immédiat avec la membrane muqueuse presque toujours si profondément altérée, le péritoine se conserve ordinairement intact, si ce n'est dans les cas où l'un des ulcères de l'intestin vient à se perforer. Il en résulte alors la production de l'une ou de l'autre des variétés de péritonite que nous avons signalées plus haut.

§ III. LÉSIONS DE L'APPAREIL BILIAIRE.

Nos observations particulières nous ont montré le foie à peu près constamment sain. Dans deux cas (obs. VI, XVI), son tissu était remarquable par son extrême densité ; mais c'était là une lésion purement accidentelle, qui n'avait très-vraisemblablement aucun rapport avec la maladie à laquelle succombèrent les sujets. Une autre fois (obs. XLI), le foie nous présenta une extrême pâleur. Dans aucun cas, nous n'avons vu qu'il offrît des lésions en rapport avec celles du tube digestif.

Dans ces cas divers, l'altération principale résidait dans le tube digestif; mais nous avons cité un autre cas où les symptômes typhoïdes ne coïncidèrent avec aucune autre altération qu'avec un ramollissement rouge du foie (obs. LIII). Dans l'état morbide de cet organe parut être ici le point de départ des symptômes.

Dans les observations de M. Bouillaud sur les fièvres, nous n'avons pas vu non plus que le foie lui ait présenté rien de remarquable, si ce n'est dans un seul cas où cet organe contenait plusieurs abcès. C'était chez un individu qui, après avoir présenté pendant plusieurs jours une teinte ictérique avec douleurs vers l'hypocondre droit, diarrhée, langue rouge, anxiété profonde, alternatives de froid et de chaleur, météo

risme, hoquet, délire vers la fin, etc., fut pris tout à coup d'une hématémèse, à la suite de laquelle il succomba.

Dans la partie de notre clinique consacrée à l'étude des maladies du foie, on trouvera un cas d'abcès de cet organe, qui ne s'annonça par d'autres symptômes que par un mouvement fébrile, sans qu'aucun organe parût être spécialement lésé.

Dans les faits rapportés par M. Louis, on ne trouve pas d'exemple d'abcès du foie; on ne trouve pas non plus d'exemple de lésion de cet organe, à laquelle puisse être donné le nom d'hépatite. Mais M. Louis dit avoir rencontré, chez beaucoup d'individus atteints de fièvres typhoïdes, un état tout particulier du foie, dans lequel cet organe, en même temps qu'il contient peu de sang et qu'il a une coupe sèche, est devenu d'une friabilité telle que la pression la plus légère, exercée avec le doigt, suffit pour le réduire en pulpe. M. Louis n'assigne aucun symptôme à cet état, dont il reconnaît ignorer la nature, et qu'il a d'ailleurs rencontré chez d'autres individus que chez les malades qui avaient la fièvre typhoïde, moins souvent toutefois que chez ces derniers.

Les observations consignées dans ce volume ne nous ont présenté rien de semblable; mais il est possible qu'à l'époque où elles ont été recueillies, cette lésion nous ait échappé. Depuis que les recherches de M. Louis nous sont connues, nous avons cherché à constater l'existence du ramollissement du foie dans la fièvre typhoïde, et nous n'avons pas vu que ce ramollissement fût plus fréquent dans cette maladie que dans d'autres. Nous avons retrouvé, dans d'autres cas, une ramollissement semblable à celui dont parle M. Louis; il existait surtout au plus haut degré chez deux femmes mortes de péritonite puerpérale : avec foyers purulents dans le corps de l'utérus, mais sans trace de pus dans les veines (1).

Nous n'avons jamais rencontré d'altération dans la vésicule du fiel.

Quant à la bile, nous l'avons vue souvent modifiée dans sa quantité, et quelquefois dans ses qualités.

Ainsi, sur un grand nombre de cadavres, nous avons trouvé le duo-

---

(1) En traitant des maladies du foie, dans la première édition de cet ouvrage, nous avions déjà cité quelques cas de ramollissement du foie avec décoloration de sa substance. On trouvera, d'ailleurs, la description détaillée de cette altération dans notre *Précis d'anatomie pathologique*.

dénum et la partie supérieure du jéjunum et de l'iléum remplis par une très-grande quantité de bile; nous n'en avons que très-rarement découvert dans l'estomac. Au-dessous d'elle, la membrane muqueuse nous a offert trois aspects différents: tantôt elle avait une teinte jaune que la bile lui avait donnée depuis la mort, tantôt elle était d'un rouge plus ou moins intense ; tantôt, enfin, elle était d'une parfaite blancheur.

Rien n'a été plus variable que l'état de la bile renfermée dans la vésicule ; et des différents aspects qu'elle nous a offerts, aucun ne nous a paru se présenter plus souvent dans les fièvres continues que dans toute autre maladie. C'est ainsi que souvent elle avait une teinte noire foncée, une viscosité très-grande; une consistance sirupeuse. D'autres fois, au contraire, la vésicule était remplie par un liquide clair, presque incolore, semblable à de la sérosité.

Une fois nous avons trouvé dans la vésicule et dans les canaux excréteurs un liquide qui ne ressemblait plus à la bile: c'était une matière comme sanieuse, d'une teinte gris sale, assez semblable à l'ichor que fournissent certains ulcères (obs. III).

Nous n'avons rencontré de calcul dans la vésicule qu'une seule fois (obs. VI).

Que si nous recherchons maintenant quels désordres fonctionnels le foie et ses annexes nous ont présentés pendant la vie, nous en trouverons bien peu. Jamais nous n'avons constaté, vers l'hypocondre droit, de douleur que nous puissions regarder comme appartenant au foie. Les vomissements bilieux et les déjections de même nature nous ont paru se lier bien plutôt à un état morbide des voies digestives qu'à une lésion du foie. Nous avons ouvert le cadavre de quelques individus morts à une période de la maladie où existaient les divers symptômes de la fièvre dite bilieuse: le foie ne ne nous a présenté rien de remarquable, et il n'y avait pas non plus, dans les premières voies, une quantité extraordinaire de bile.

Chez l'individu dans le foie duquel M. Bouillaud a trouvé des abcès, la peau avait présenté une teinte ictérique; mais il ne faudrait pas conclure de ce fait qu'on trouvera le foie altéré d'une manière appréciable chez tous les sujets qui, pendant le cours d'une fièvre grave, viendront à présenter une coloration jaune de la peau. Ainsi une des circonstances qui peuvent la produire, sans qu'on trouve, après la mort, le foie lésé, c'est la présence du pus dans le système veineux; et, dans ce cas, il semble manifeste que cette teinte jaune est due, non à la bile, mais à une

altération toute spéciale que le sang a subie dans les capillaires, par suite de son mélange avec le pus.

Mais l'ictère peut encore se montrer comme un des phénomènes des fièvres graves, sans présence du pus dans le sang, et toujours sans altération du foie appréciable sur le cadavre. Un homme mourut à la Charité (septembre 1828) avec tous les symptômes de la fièvre dite adynamique. Les deux derniers jours de son existence, toute sa peau prit une teinte ictérique très-prononcée. A l'ouverture du corps, aucune lésion spéciale n'expliqua cet ictère; il n'y avait rien de remarquable dans le foie, rien non plus dans les voies d'excrétion de la bile ; dans l'intestin on trouva l'exanthème ordinaire à la période d'ulcération.

L'apparition de l'ictère, dans les fièvres graves, coïncide quelquefois avec d'abondantes hémorragies, soit par les fosses nasales, soit par la membrane muqueuse de l'estomac ou des intestins ; et, dans ce cas encore, l'observation a démontré que ce n'est point à une altération du foie, appréciable au moins par l'anatomie, que peut être rapporté l'ictère. Ainsi, par exemple, le foie n'offrit rien de particulier, non plus que les voies d'excrétion de la bile, chez un individu dont l'histoire a été rapportée par Desmoulins (1). Cet homme, tombé malade en arrivant de la Martinique au Hâvre, offrit les symptômes suivants :

Le premier et le second jour, forte céphalalgie, délire, agitation extrême, qui nécessite l'emploi de la camisole; cécité par intervalles ; hoquet ; hémorragie par les fosses nasales, la bouche et l'anus ; ecchymoses sur divers points de la peau ; sueur teignant les linges en jaune.

Le troisième jour, ictère général, vomissements noirs; cécité complète ; coma, avec convulsions des membres et de la face ; carphologie.

Mort le cinquième jour.

On trouva dans le tube digestif la même matière noire et poisseuse qui avait été rendue, pendant la vie, et par les vomissements et par les selles. La membrane muqueuse gastro-intestinale était d'un rouge brun. *Il n'y avait rien de remarquable dans le foie, non plus que dans ses annexes.* La peau contenait beaucoup de sang, et elle le versait en nappe, lorsqu'on l'incisait.

Une autre circonstance remarquable de cette observation, et qui se lie

---

(1) *Journal complémentaire des Sciences médicales*, tome 12.

peut-être et aux hémorragies des muqueuses et à l'ictère, c'est que le cadavre, ouvert encore chaud cinq ou six heures après la mort, présentait déjà un emphysème très-prononcé du tissu cellulaire sous-cutané.

Ne serait-on pas porté à admettre que, dans ces cas divers, la coloration jaune de la peau est due surtout au sang, qui, en même temps qu'il s'échappe à la surface des muqueuses, abandonne aussi ses vaisseaux à la surface de la peau, soit en quelques points, d'où résultent des ecchymoses partielles, soit partout, d'où résulte une ecchymose générale, qui donne une teinte jaune à toute l'enveloppe cutanée ?

§ IV. LÉSIONS DES VOIES URINAIRES.

Les voies urinaires sont un des appareils que nous avons trouvés le plus rarement lésés. Dans deux ou trois cas, la membrane muqueuse de la vessie nous a paru assez vivement injectée. Nous l'avons trouvée blanche dans plus d'un cas, où pendant la vie, il y avait eu rétention d'urine et distention prolongée de ce réservoir.

Dans deux cas seulement, les voies urinaires étaient le siége de lésions plus graves, qui nous parurent avoir joué un rôle important dans la production des symptômes.

Dans l'un de ces cas (obs. L), l'un des reins était très-rouge et d'une grande friabilité ; du pus existait dans les voies d'excrétion de l'urine, et la muqueuse vésicale était d'un rouge intense ; tous les autres organes furent trouvés sains, et il nous parut que la fièvre adynamique bien caractérisée, qui avait eu lieu, pouvait être considérée comme ayant eu son point de départ dans l'affection de l'appareil urinaire.

Dans l'autre cas (obs. LI), la prostate était le siége d'un vaste abcès; et, ici encore, cette lésion fut la seule de quelque importance qu'on rencontra à l'ouverture du cadavre.

Examinée après la mort, l'urine que contenait la vessie ne nous a jamais rien offert de particulier. Pendant la vie, l'urine rendue par les malades n'a pas été, de notre part, observée d'une manière assez spéciale pour que nous puissions nous permettre d'infirmer, par ce que nous avons vu à cet égard, ce qui a été dit par les auteurs sur les qualités de l'urine dans les diverses périodes des fièvres. Il serait important de reprendre ce travail.

§ V. LÉSIONS DES GLANDES SALIVAIRES ET DU PANCRÉAS.

Les glandes maxillaires et sublinguales ne nous ont offert quelque chose de particulier dans aucun cas. Il n'en a pas été de même des glandes parotides, et surtout du tissu cellulaire qui entoure ces glandes.

Cinq fois seulement, nous avons observé une tuméfaction notable de la région parotidienne. Dans ces cinq cas, elle eut lieu chez des individus qui avaient eu, à un haut degré, les symptômes de la fièvre ataxo-adynamique. Dans aucun de ces cas, nous ne pûmes regarder comme critique l'engorgement parotidien ; il ne nous parut être qu'un accident qui venait compliquer la maladie d'une manière fâcheuse, ou entraver la convalescence, lorsque la parotide se développait seulement à cette dernière époque.

Ainsi, dans l'un de ces cas, le jour même où la parotide apparut (treizième jour de la maladie), les symptômes s'aggravèrent ; elle augmenta de volume les jours suivants, et chaque jour aussi les symptômes s'exaspérèrent.

Dans l'obs. XXVI, la parotide se développa le dix-neuvième jour, et acquit tout à coup un volume énorme. Le malade succomba le surlendemain.

Dans l'obs. XXV, nous ne pûmes préciser l'époque de l'apparition de la parotide ; la tuméfaction fut médiocre. Après être restée stationnaire pendant trois jours, la tumeur diminua peu à peu, et disparut sans avoir exercé aucune influence sur la maladie. La terminaison fut funeste.

Dans l'obs. CXXXVII, la parotide se montre vers le vingtième jour, lorsque le malade touchait presque à la convalescence. A mesure que la parotide se développa, la fièvre se ralluma, et les symptômes adynamiques reparurent. La tumeur s'abcéda du neuvième au dixième jour, et nous vîmes de nouveau les symptômes graves disparaître à mesure que la tumeur marcha vers la résolution.

Enfin dans l'obs. CXXXIII, ce fut aussi peu de temps avant l'établissement de la convalescence, qu'une des parotides se tuméfia. On traita cet engorgement comme toute autre phlegmasie : on appliqua des sangsues sur la tumeur, on la couvrit de cataplasmes émollients; elle dura sept jours, et se termina par résolution. La convalescence ne s'établit franchement qu'après la disparition de l'engorgement parotidien. Survenu

chez un sujet déjà épuisé par une maladie des plus graves, cet engorgement eût peut-être été funeste, si, au lieu de lui opposer, dès le moment de son apparition, le traitement actif de toute phlegmasie, on l'eût laissé marcher à la suppuration, dans la crainte de troubler un prétendu mouvement critique de la nature.

Du reste, lorsqu'un engorgement parotidien se termine par suppuration, il est nécessaire de donner issue de bonne heure, par une incision convenable, au pus qui s'est formé entre les granulations de la glande; car ce pus, en fusant dans les parties voisines, peut donner lieu à de graves accidents. Deux fois nous avons vu le séjour prolongé du pus entraîner la destruction de la partie cartilagineuse du conduit auditif, et l'abcès de la parotide se vider par l'oreille.

Le pancréas, qui, par sa texture, se rapproche tant des glandes salivaires, ne se montre pas plus souvent affecté dans les fièvres que dans les autres maladies. Une fois, cependant, nous l'avons trouvé plus injecté que de coutume (obs. XXVI). Cette injection avait surtout son siége dans le tissu cellulaire interposé entre les lobules de la glande. Cette lésion légère coïncidait avec la tuméfaction de l'une des parotides.

APPAREILS DE LA VIE DE RELATION.

§ I. LÉSIONS DES APPAREILS, OBSERVÉES APRÈS LA MORT.

A. CENTRES NERVEUX.

Il est peu d'organes, chez les individus atteints de fièvres continues, qui présentent plus de désordres fonctionnels que les centres nerveux; il en est peu cependant qui, après la mort, présentent moins de lésions appréciables par l'anatomie; et s'il est, pour nous, une vérité démontrée, c'est que, dans les fièvres dites essentielles, il n'y a pas de symptôme nerveux qui ne puisse se manifester sans altération appréciable du cerveau et de ses dépendances.

A l'exception de huit individus (obs. IX, XIX, XXIX, XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XLV, LI), tous ceux dont nous avons ouvert les cadavres avaient du délire ou d'autres troubles très-marqués des fonctions nerveuses, au moment où ils succombèrent; et, chez presque tous, ces désordres de l'innervation existaient depuis assez longtemps. Voici dans quel état furent trouvés les centres nerveux ou leurs annexes.

Les sinus et les troncs veineux qui entourent la masse encéphalique n'étaient gorgés de sang que dans un fort petit nombre de cas (obs. XXXIV, XL). Chez les individus qui font le sujet de ces deux observations, les symptômes de la fièvre dite ataxique avaient prédominé.

Les méninges présentèrent, dans neuf cas, divers degrés d'injection (obs. I, III, XVI, XVII, XX, XXX, XXXIII, XLIV, LX). Cette injection coïncida deux fois avec une mort qui fut précédée d'une grande gêne dans la respiration, et elle put, dans ces deux cas, être considérée comme toute mécanique (obs. I, XVII). Le plus souvent elle n'existait qu'à un faible degré. Chez le sujet de l'obs. XVI, elle était vive, mais ne se montrait qu'en quelques points isolés. Chez tous les sujets, elle avait son siége a peu près exclusif dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères cérébraux.

Chez un des sujets dont les méninges étaient injectées (obs III), l'arachnoïde de la convexité des hémisphères présentait une friabilité insolite.

Chez quelques individus, le tissu cellulaire sous-arachnoïdien était infiltré d'une certaine quantité de sérosité limpide ; mais cette quantité ne fut jamais considérable.

Chez quelques autres, nous trouvâmes aussi un peu de sérosité, soit à l'intérieur des ventricules (jamais plus de trois à quatre cuillerées à café dans chaque, et le plus souvent à peine une de ces cuillerées), soit à la base du crâne.

Du reste, dans aucun cas, la sérosité que nous avons trouvée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, dans les ventricules, ou à la base du crâne, n'était assez abondante pour soulever notablement l'arachnoïde, écarter les circonvolutions, distendre les ventricules, ou occuper une grande partie des fosses occipitales. Aussi peu considérables, ces épanchements séreux, quoique devant être notés, ne nous paraissent pas pouvoir être pris en considération pour l'explication des symptômes.

Chez un seul individu, celui qui fait le sujet de l'obs. IX, le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères était rempli par une sérosité trouble, lactescente.

Chez le sujet de l'obs. XXIII, un liquide d'un rouge intense remplissait la cavité de l'arachnoïde rachidienne.

Chez les sujets des obs. IX, XXVII, XXX, XL, XLIII, LXIV, nous avons noté une injection médiocre de la substance même du cerveau ; chaque tranche qu'on coupait de cet organe présentait à sa surface un nombre

plus ou moins considérable de points rouges, qui constituaient les orifices béants d'autant de vaisseaux.

L'individu chez lequel nous trouvâmes l'arachnoïde rouge et friable nous offrit une teinte rose insolite de la couche grise extérieure des circonvolutions cérébrales (observ. III).

Dans beaucoup d'autres cas, l'encéphale, loin d'être injecté, nous parut, au contraire, remarquable par une grande pâleur, qui coïncidait le plus souvent avec une égale décoloration des méninges, (obs. II, XIV, XV, XXXI).

La consistance du cerveau ne nous parut notablement diminuée que dans un cas (obs. III). En soulevant l'arachnoïde rouge et friable, on entraînait avec elle des fragments de la substance des circonvolutions. Le ramollissement était borné, d'ailleurs, à la couche la plus superficielle de celles-ci.

Il y avait aussi un ramollissement général du cerveau chez l'individu dont M. Gaultier de Claubry a publié l'histoire, et dont nous avons parlé dans les réflexions qui suivent notre observation LXIII. Mais, chez lui, ce ramollissement coïncidait avec une diminution de consistance de bien d'autres tissus.

Nous n'avons trouvé une augmentation notable de la consistance du cerveau que dans un cas (obs. XXXIII). Cette fermeté insolite coïncidait avec une assez vive injection des méninges. La stupeur avait été, pendant la vie, le phénomène prédominant.

Toutes les fois que la nature des symptômes nous a porté à examiner le prolongement rachidien, nous n'y avons rencontré rien de remarquable.

Telles sont les altérations rares, et la plupart fort légères, qui, trouvées dans le cerveau, pouvaient être regardées comme étant de formation récente.

Dans quelques autres cas, nous avons rencontré dans le cerveau, ou autour de lui, des altérations plus graves, mais qui n'avaient aucun rapport avec la maladie à laquelle succombait l'individu ; ainsi chez un malade il existait un ancien foyer apoplectique ; chez un autre une granulation osseuse était implantée en un point de la substance cérébrale (obs. XX). Chez un troisième une pseudo-membrane, d'apparence fibreuse, était placée entre l'arachnoïde et la dure-mère, d'une part ; entre l'arachnoïde et la pie-mère d'autre part (obs. XXXVI).

Nous avons parlé aussi de quelques individus chez lesquels de petits

foyers purulents étaient disséminés dans la masse encéphalique, et qui avaient succombé avec des symptômes typhoïdes. Mais, chez eux, il y avait en même temps des abcès en vingt autres points de l'économie, ils étaient liés, soit à une phlébite, soit à une résorption purulente ; dans celle-ci était la cause de tous les accidents, et le cerveau, en pareil cas, ne présentait aucun désordre fonctionnel particulier.

Les individus qui nous ont offert les différents états du cerveau que nous venons de passer en revue ont-ils offert, dans les symptômes, quelque chose de spécial? en aucune façon. Des accidents nerveux de même nature, de même intensité, de même durée, ont été observés, et, chez ceux dont le cerveau ou ses annexes semblaient présenter quelque chose qui n'était plus l'état normal, et chez ceux dont l'intégrité des centres nerveux n'avait subi aucune espèce d'altération appréciable.

Mais, de plus, il s'en faut que ce ne soit seulement que dans les fièvres graves que l'on trouve l'engorgement des sinus, l'injection des méninges, l'épanchement de sérosité en divers points de la cavité de l'arachnoïde ou en dehors de cette cavité, le pointillé rouge de la substance cérébrale, des nuances nombreuses dans sa consistance, etc. Tous ces états, nous les avons également rencontrés dans beaucoup d'autres cas où, pendant la vie, aucun désordre nerveux n'avait été observé ; de telle sorte que, dans les cas où l'un de ces états coïncide avec quelque trouble de l'innervation, il est raisonnable de douter que cet état ait été la cause du désordre fonctionnel.

Les centres nerveux de la vie organique ont été examinés par nous dans un assez grand nombre de cas ; deux fois seulement ils nous ont présenté une apparence d'altération : c'était chez deux individus qui moururent avec un ensemble de symptômes ataxo-adynamiques très-prononcés ; les ganglions semi-lunaires étaient remarquables par leur rougeur. L'un de ces individus avait éprouvé, pendant les quarante-huit dernières heures de son existence, un violent trismus et une raideur comme tétanique des membres thorachiques. Nous n'oserions pas affirmer que, dans ces cas, la rougeur des ganglions semi-lunaires fût un état morbide; car des recherches bien souvent répétées nous ont appris que ces ganglions ont une teinte très-variable, en raison du genre de mort et de la quantité de sang qui remplit les divers réseaux capillaires.

Ainsi, en définitive, dans les fièvres dites essentielles, l'état des cen-

tres nerveux après la mort ne saurait rendre compte des désordres qu'ils ont présentés pendant la vie (1).

Les désordres fonctionnels des centres nerveux sont-ils, dans ces fièvres, le résultat sympathique constant d'un état morbide de l'estomac? On ne saurait l'admettre ; car, dans le plus grand nombre des cas, nous n'avons trouvé aucun rapport constant entre l'état de l'estomac et la lésion des fonctions nerveuses; nous avons déjà dit que cet organe se montrait parfaitement sain après la mort chez beaucoup de sujets, qui, jusque dans les derniers instants de leur vie, avaient eu les symptômes nerveux les plus graves et les plus variés. Nul doute, cependant, que ces symptômes ne puissent être, dans plus d'un cas, le produit sympathique d'une irritation gastrique ; mais tout ce que nous voulons établir ici, et ce qui ressort également des recherches de M. Louis, c'est que cette irritation n'est pas le point de départ nécessaire des désordres nerveux qui surviennent dans les fièvres graves, et que même, le plus souvent, on ne peut expliquer ces désordres par l'état dans lequel on trouve l'estomac après la mort.

Peut-on davantage rapporter les désordres nerveux des fièvres graves à l'état de l'intestin grêle, et spécialement à la dothinentérite? Oui, dans un très-grand nombre de cas, mais non pas dans tous. Dans plusieurs de ces cas, où, pour expliquer des symptômes si graves, on ne trouve autre chose que quelques plaques folliculeuses tuméfiées ou légèrement ulcérées, il y a lieu sans doute d'hésiter à rapporter un si grand trouble à de si faibles désordres; il y a lieu de penser que derrière ces désordres visibles, et avant leur manifestation, il a existé dans l'état dynamique de l'individu un dérangement profond, sans lequel tant de symptômes graves ne se seraient pas produits. Non, l'affection intestinale n'est pas tout en pareil cas, et, pour expliquer tout ce qui coïncide avec elle ou apparaît à sa suite, il faut faire intervenir d'autres éléments que l'anatomie pathologique n'a pas encore trouvés au bout de son scalpel. Ici

---

(1) Cette opinion, que nous avions émise dans la première édition de cet ouvrage, s'est de plus en plus fortifiée dans notre esprit, à mesure que nous avons multiplié nos recherches ; et aujourd'hui nous pouvons encore l'étayer des observations récentes de M. Louis. Dans son *Traité de la fièvre typhoïde* (tom. 11, pag. 154), ce savant s'exprime ainsi : *L'état apparent du cerveau ne pouvait expliquer les symptômes dont il avait été la source, à peu près comme l'état de la membrane muqueuse de l'estomac ne rend pas compte de l'anorexie et d'autres symptômes dans un grand nombre de circonstances.*

donc, comme dans mille autres cas, ce que nous apercevons n'est qu'une partie de ce qui est.

Et, d'ailleurs, nos observations ne nous ont-elles pas montré d'autres cas où, en l'absence de toute trace de dothinentérite, les mêmes accidents d'innervation se manifestent? Ne nous ont-elles pas aussi montré des cas où se retrouvaient encore ces mêmes accidents, en l'absence de toute espèce de lésion intestinale appréciable par l'anatomie, mais avec des lésions d'autres organes? Enfin nous ne pouvons pas oublier ces cas rares, mais réels, dans lesquels en l'absence de toute lésion d'organe appréciable après la mort, les mêmes accidents d'innervation étaient encore présents. Rappelez-vous, par exemple, l'individu qui fait le sujet de notre observation XXXV : convalescent d'une dothinentérite, une émotion morale agit sur lui ; tout à coup il présente des symptômes qui traduisent un trouble profond de l'innervation ; en quelques jours il meurt, et l'anatomie ne trouve, ni dans les centres nerveux, ni ailleurs, aucune lésion qui explique les accidents graves qui ont entraîné l'individu au tombeau (1).

B. MUSCLES.

On a beaucoup dit que les muscles des individus atteints de fièvre adynamique présentaient au toucher quelque chose de poisseux qui caractérisait les maladies de ce genre. Nous pouvons affirmer que nous n'avons pas retrouvé cet état des muscles chez un grand nombre de sujets, et que, d'un autre côté, nous l'avons observé sur des cadavres d'individus morts de différentes maladies aiguës.

Si le grand développement des muscles traduisait constamment la somme d'énergie vitale possédée par chaque individu, nous ne pourrions croire à une adynamie réelle chez beaucoup d'individus morts avec tous les symptômes de la prostration la plus grande. Chez eux, en effet, nous trouvions les muscles remarquables par leur volume, leur fermeté et leur vive rougeur.

Comment expliquer le ramollissement singulier que présenta tout le système musculaire chez l'individu dont il est question dans le commentaire qui suit notre observation LXIII?

---

(1) Relisez encore, sous ce point de vue, les observations consignées dans le paragraphe II de l'article II du chapitre I.

§ II. LÉSIONS DES APPAREILS DE LA VIE DE RELATION OBSERVÉES PENDANT LA VIE.

A. LÉSIONS DES FONCTIONS DES CENTRES NERVEUX.

Observés aux diverses périodes de la maladie, ces centres nous offrent dans leurs fonctions des désordres aussi fréquents que sont rares les lésions qu'ils nous présentent après la mort. Résumons ce que ces désordres fonctionnels nous ont offert de plus remarquable au début de la maladie, ou pendant son cours.

A son début, la maladie peut affecter l'une des formes suivantes :

1re *forme*. Trouble apyrétique des fonctions digestives (anorexie ou diarrhée), sans apparence d'aucun désordre fonctionnel des centres nerveux.

2e *forme*. Trouble apyrétique des fonctions digestives, avec symptômes nerveux légers, tels que céphalalgie, éblouissements ; tintements d'oreilles, défaillance, maux de reins, lassitudes spontanées, douleurs dans les membres et surtout vers les articulations, sentiment de faiblesse.

3e *forme*. Trouble pyrétique des fonctions digestives avec les mêmes symptômes nerveux.

4e *forme*. Absence du trouble des fonctions digestives ou tout au plus diminution de l'appétit. Mêmes symptômes nerveux sans fièvre.

Parmi ces symptômes, les uns ou les autres peuvent particulièrement prédominer.

Ainsi, chez un assez grand nombre de sujets, on observe d'abord une douleur de tête qui est souvent très-vive, et qui persiste plusieurs jours sans être accompagnée d'aucun autre symptôme.

Chez d'autres, le début est surtout marqué par des lipothymies et des éblouissements.

Plusieurs individus ressentent, avant toute autre chose des douleurs articulaires qui peuvent quelquefois en imposer pour une affection rhumatismale.

Enfin, certains malades éprouvent d'abord, sans avoir de fièvre et sans que leur appétit soit notablement diminué, une faiblesse qui les étonne ; ils sont harassés, disent-ils, dès qu'ils font quelques pas ; toute espèce d'occupation leur est pénible ; ils deviennent d'une apathie

remarquable, et ils ne se plaisent que dans le repos et dans l'immobilité la plus absolue.

5e *forme.* Mêmes symptômes nerveux avec fièvre, et sans trouble apparent des voies digestives.

6e *forme.* Symptômes nerveux graves d'*emblée*, tels que délire, stupeur coma (1).

Cette forme de début est la plus rare de toutes.

Que si maintenant nous suivons les symptômes nerveux dans le cours de la maladie, nous les trouverons tantôt très-légers, mais toujours présents ; tantôt plus intenses, et constituant alors les fièvres graves. Car toute fièvre ne devient telle qu'en raison de la part qu'y prend le système nerveux, et nullement nous ne saurions trop le répéter, en raison de l'existence de telle ou telle lésion d'organe, de l'affection des follicules intestinaux, comme de toute autre (2).

---

(1) Un des cas les plus remarquables de ce genre que nous ayons eu occasion d'observer est le suivant :

Un étudiant en médecine, habitant Paris depuis quatre ans, présentait, depuis une huitaine de jours, des signes d'une irritation légère des voies digestives, pour laquelle il n'était pas même alité, lorsque, dans la soirée du 24 novembre 1833, il fut pris tout à coup d'un violent délire. Le lendemain matin, 25, une saignée d'une livre au moins fut pratiquée, sans qu'il en résultât aucun amendement. Ce même jour, à deux heures de l'après-midi, nous le trouvâmes dans l'état suivant : Face rouge, yeux étincelants, agitation extrême, délire complet, vociférations ; le malade s'élance hors de son lit, dans lequel plusieurs amis n'ont pas la force de le retenir ; on est obligé de l'attacher. En même temps, pouls très-fréquent, plein ; peau chaude ; langue rouge et collante. Le malade est immédiatement transporté à la Pitié, où par mon ordre on lui applique quarante sangsues aux apophyses mastoïdes. Elles donnent beaucoup de sang ; le malade tombe, le soir, dans un grand état de faiblesse, et tout son corps se couvre d'une sueur froide. Cependant vers le milieu de la nuit, ses forces se relèvent ; l'agitation devient de nouveau très-vive, et plusieurs fois le malade se lève, et veut sortir de son lit. Le matin, 25 décembre, il est plus calme, mais le délire persiste ; les pommettes sont rouges ; le reste de la face a une teinte jaunâtre ; la langue est sèche et rouge, le ventre légèrement ballonné ; le pouls bat cent douze fois par minute. Je fais appliquer sur la tête une vessie pleine de glace, et couvrir les extrémités inférieures de cataplasmes sinapisés.

Pendant que la glace est maintenue sur la tête, le malade reste fort calme ; puis il tombe dans un assoupissement de deux heures ; lorsqu'il en sort, il a sa raison. Le lendemain, matin, 27, l'intelligence a recouvré sa netteté, et le pouls ne bat plus que 76 fois par minute. Le soir, il revient encore un peu de délire avec de la fièvre ; on replace de la glace sur la tête. Le malade la demande lui-même, parce qu'il sent qu'elle le calme. Les jours suivants, toute trace de délire disparaît ; mais le mouvement fébrile continue, et l'on observe les différents signes qui caractérisent la dothinentérite ; ils cessent graduellement, et le malade quitte l'hôpital, bien portant, le 10 janvier 1834.

(2) Il y a cependant ici une remarque à faire, c'est que les irritations même légères, du tube digestif, retentissent plus facilement sur l'innervation, que les irritations d'autres organes. Voyez, par exemple, ce qui arrive à un homme qui a excité son estomac par des aliments ou trop abondants ou trop stimulants : un malaise général, un accablement singulier, un sentiment de faiblesse et de fatigue, de la céphalalgie, ou tout

Nous avons étudié avec soin, dans nos observations particulières, les formes infiniment variées du trouble de l'intelligence. Tantôt ce trouble est porté tout à coup au plus haut degré; tantôt il ne s'établit que peu à peu; les malades comprennent encore tout ce qu'on leur dit, ils répondent encore avec justesse; mais leur regard est étonné, quelque idée fixe les occupe; de temps en temps ils prononcent quelques mots qui n'ont pas de sens, ou bien ils ont peine à se rappeler ce qui leur est arrivé peu d'instants auparavant; d'autres ont tantôt des réponses brèves et brusques, tantôt lentes ou incertaines; il semble qu'ils cherchent ce qu'on leur demande, et qu'ils ont besoin d'un grand travail d'intelligence pour répondre à la question la plus simple. Bientôt les réponses deviennent nulles, à moins qu'on ne réitère plusieurs fois les questions, et enfin il arrive un moment où l'on ne peut plus en obtenir aucune. Cependant, bien que ne répondant plus, ils comprennent souvent encore ce qu'on leur dit, ils donnent le bras ou tirent la langue, lorsqu'on le leur demande. A ce degré, tantôt ils gardent le silence le plus profond, leur intelligence paraît anéantie, ou bien l'expression de la physionomie semble annoncer que quelque pensée les préoccupe fortement. Tantôt, au lieu de ce silence, c'est une loquacité singulière; tantôt, enfin, ils poussent des cris, ils vocifèrent continuellement. Quelques-uns ont un air calme ou indifférent; d'autres présentent sur leur figure l'expression de l'anxiété la plus vive ou du plus profond désespoir. Ils tombent dans un découragement extraordinaire, et se croient voués à une mort inévitable. Chez d'autres, au contraire, le premier indice du trouble de l'intelligence, c'est la persuasion où ils sont qu'ils sont très-bien, qu'ils vont de mieux en mieux, à mesure que leur maladie s'aggrave.

Ce délire, quelle que soit sa forme, est souvent continu dès son principe. D'autres fois il ne se montre d'abord que d'une manière fugitive; d'autres fois, enfin, il revient périodiquement chaque nuit.

Au lieu de ces divers troubles de l'intelligence, quelques malades

---

au moins de la pesanteur de tête, une complète inaptitude au travail intellectuel; tels sont les accidents qu'il éprouve. Certainement, de pareils phénomènes se montrent beaucoup moins souvent sous l'influence d'une bronchite, ou de telle autre irritation d'organes. Il semble que ce soit le propre des irritations gastro-intestinales de troubler l'innervation, tandis que, dans les affections des autres organes, il faut, de la part du système nerveux, une plus grande prédisposition pour qu'il soit mis en jeu.

présentent de bonne heure, comme phénomène prédominant, une remarquable tendance au sommeil; dès qu'on les abandonne à eux-mêmes, ils ferment les yeux et semblent dormir, et bientôt on ne peut plus les tirer de cet état de somnolence, qui devient plus ou moins rapidement un véritable coma. Tantôt celui-ci est continu; tantôt il alterne avec un état d'exaltation pendant lequel le malade présente une des variétés de délire que nous venons de signaler.

Dans plusieurs cas, on remarque de singulières et rapides alternatives de coma, de délire, et d'une lucidité parfaite de l'intelligence.

B. LÉSIONS DE L'ACTION MUSCULAIRE.

Le trouble de l'action musculaire accompagne souvent le désordre de l'intelligence; il peut le précéder, ou se manifester en même temps que lui. Chez quelques-uns de nos malades, nous avons vu, avant qu'il y eût aucune trace de délire ou de somnolence, les muscles de la face être agités de petits mouvements convulsifs, qui avaient surtout leur siége vers l'une ou l'autre commissure des lèvres. Chez d'autres, ce qui prédomina d'abord, ce fut un tremblement très-marque des membres. Chez un certain nombre, les soubresauts des tendons furent comme le prélude des autres symptômes nerveux. Le sujet de l'observation XXXV nous offrit, à l'époque de sa rechute, comme premier indice du trouble des centres nerveux, une fluxion permanente de quelques doigts de la main.

Dans l'observation XVIII, il y eut des symptômes de catalepsie; dans l'observation XXXIX, un trismus très-prononcé; dans l'observation XLI, des secousses tétaniques générales; dans l'observation XL, une contraction spasmodique des muscles du pharynx, et des symptômes d'hydrophobie; dans l'observation VII, une modification des contractions du diaphragme, d'où résulta un hoquet très-fâcheux, qui dut être combattu par des moyens spéciaux.

Au lieu d'être exalté, l'action musculaire semble être souvent plus ou moins complétement anéantie. Alors les contractions des muscles se montrent de plus en plus faibles, incertaines, comme vacillantes; la langue est comme tremblante, et ses mouvements semblent se soustraire à la volonté. A un degré plus avancé, les malades, couchés sur le dos dans un état complet d'immobilité, les bras fixés le long du tronc, l'œil éteint, la face terne, l'intelligence comme anéantie, la peau

froide, le pouls filiforme, ne paraissent vivre encore que par quelques mouvements inspiratoires qui se répètent à de longs intervalles. Cet état, qui ressemble à l'agonie, ne peut être cependant suivi du retour à la santé.

Dans plus d'un cas où la force musculaire semblait complétement perdue, et où il semblait que tout mouvement fût devenu impossible, nous avons vu des malades déployer tout à coup, au milieu de leur délire, une énergie qu'on eût été loin de leur soupçonner; ces mêmes malades qui, peu d'instants auparavant, retombaient comme des masses inertes lorsqu'on essayait de les soulever, se plaçaient brusquement sur leur séant, se levaient, fuyaient de leur lit, et marchaient. D'autres, qui, pendant le jour, paraissaient tombés dans le dernier degré de prostration, avaient cependant poussé toute la nuit les cris les plus violents, et des liens avaient été nécessaires pour les retenir dans leur lit.

Dans ces divers cas, n'employons donc qu'avec réserve le mot de *faiblesse*, comme celui d'*excitation*; car ni l'un ni l'autre ne représente fidèlement ce qui est, et, de même que la plupart des lésions organiques ne peuvent pas plus s'expliquer par l'excès que par le défaut de l'excitation normale, de même, pour s'expliquer les grandes modifications de l'innervation qui sont les phénomènes les plus saillants des fièvres graves et comme leur caractère symptomatique, il ne faut chercher bien souvent ni force ni faiblesse. En se débattant dans cette éternelle dichotomie, en prenant tour à tour, comme l'expression de toute la vérité, tantôt le premier et tantôt le second de ces termes, on a été certainement au-delà de ce que montraient les faits, et l'on n'a pas vu qu'on admettait également par hypothèse l'état sthénique comme l'état asthénique, et qu'il eût été plus sage, plus profitable pour la science comme pour l'humanité de reconnaître, dans ces grands troubles de fonctions, un état de modification ou de perversion des forces nerveuses, que la thérapeutique ne doit pas plus chercher à combattre par des toniques que par des débilitants ; souvent son unique but doit être de chercher à produire dans l'économie une série de mouvements organiques qui aient pour effet, jamais certain, mais possible, de ramener les fonctions nerveuses à leur type normal.

Y eut-il excès de force ou de faiblesse dans ces cas si remarquables de morts subites qui frappèrent plusieurs de nos malades, à une époque où aucun symptôme grave n'avait encore apparu chez eux (obs. VI,

VIII, XI, XII, XXIX, XLIII) ? Qui ne voit combien, pour expliquer un pareil phénomène, est insuffisante la dichotomie de Brown aussi bien que celle de M. Broussais? Qui ne voit que, dans ce fait, comme dans bien d'autres modifications de l'innervation, il y a autre chose que cette sthénie et cette asthénie, auxquelles il a paru plus commode de tout rapporter.

C. LÉSIONS DE FONCTION DES ORGANES DES SENS.

Un assez grand nombre de malades nous ont offert une diminution notable de la faculté de percevoir les sons. Tantôt elle ne s'est montrée qu'à une période déjà très-avancée de la maladie; tantôt elle a précédé les symptômes ataxo-adynamiques, et en a fait présager le développement. Ce second cas est loin d'être rare : en pareille circonstance, la figure prend ordinairement une expression de stupeur toute particulière. Une fois la stupidité a tout à coup disparu, au moment où les symptômes ataxo-adynamiques avaient atteint leur maximum d'intensité.

Le sens de la vue nous a aussi présenté quelques modifications. Il a été aboli chez quelques-uns ; chez d'autres il y avait vision d'objets fantastiques. Les pupilles se sont montrées souvent ou fortement contractées ou largement dilatées, soit des deux côtés à la fois, soit d'un seul. Le globe de l'œil a été parfois fortement dévié de son axe, soit en dedans, soit en dehors.

Dans ceux de ces cas qui se sont terminés par la mort, nous n'avons trouvé dans les centres nerveux aucune lésion qui pût nous rendre compte de ces diverses modifications des sens de l'ouïe et de la vue.

Le sens de l'odorat ne nous a offert rien de particulier. Mais la membrane muqueuse où réside ce sens a été souvent le siége d'une hémorragie qui, par sa fréquence et par ses rapports avec d'autres symptômes, mérite de nous arrêter un instant. Il n'est aucune maladie où les épistaxis nous aient paru se montrer aussi fréquemment.

L'épistaxis se montre à trois époques différentes des fièvres graves : 1° à leur début; 2° pendant leur cours; 3° vers leur terminaison.

Au début, l'épistaxis se lie souvent à de la céphalalgie et à tous les signes d'une congestion cérébrale; d'autres fois elle se manifeste sans que ces signes existent.

Pendant le cours de la maladie, elle coïncide chez un certain nombre

d'individus avec une vive rougeur de la face, l'injection des yeux, des étourdissements, un pouls plein et rebondissant, et avec cet ensemble de symptômes qui constitue la fièvre inflammatoire. Mais, chez d'autres sujets, il n'en est plus ainsi : on la voit paraître en même temps que se montrent les signes de l'état adynamique; souvent même elle en est comme le prodrôme, et à mesure qu'elle se répète, à mesure aussi augmentent la prostration, la pâleur de la face, la stupeur, le trouble de l'intelligence, les soubresauts des tendons, etc. Plus d'une fois nous l'avons vue, en pareil cas, se manifester à la suite d'abondantes saignées, et se renouveler d'autant plus que celles-ci étaient répétées davantage. Nous l'avons vue coïncider avec d'autres hémorragies des muqueuses, ou avec le développement de pétéchies plus ou moins nombreuses. Dans plusieurs de ces cas, l'apparition d'une ou de plusieurs épistaxis nous a paru marquer d'une manière très-tranchée le passage d'une fièvre continue, assez bénigne jusqu'alors (bilieuse ou inflammatoire), à une fièvre beaucoup plus grave (ataxique ou adynamique).

Enfin, chez quelques malades, l'épistaxis a été accompagnée d'un amendement sensible des symptômes; c'est dans des cas pareils qu'on l'a considérée comme critique. Dans une de nos observations, l'hémorragie nasale, dont l'apparition avait coïncidé avec une amélioration notable de la maladie, menaça ensuite de devenir funeste par son excessive abondance. Elle cessa, dès que l'on eut commencé à donner une médication tonique (obs. CXXXIX).

Il y a effectivement de ces épistaxis dont l'abondance augmente en raison directe de l'affaiblissement des malades et de leur état d'anémie. C'est ainsi qu'il est souvent difficile d'arrêter le sang donné par les piqûres des sangsues, chez les individus lymphatiques, faibles, épuisés par une longue maladie, ou qui ont été déjà beaucoup saignés.

Quelques individus n'ont eu qu'une seule épistaxis; chez d'autres elle s'est renouvelée, soit plusieurs jours de suite, soit à différentes époques; et si dans certains cas on a cherché à la favoriser, dans d'autres on a été obligé d'avoir recours à des moyens mécaniques pour l'arrêter le plus promptement possible.

Comme sens du toucher, la peau nous a présenté, dans sa sensibilité, de remarquables anomalies. Ainsi, cette sensibilité s'est trouvée abolie chez les individus qui font le sujet des observations XVIII, XXXIV. Elle était, au contraire, singulièrement exaltée chez les sujets des observations IV, XXXIX : chez ces malades, l'endolorissement de toute la

peau était tel que la pression la plus légère, exercée sur un de ces points, arrachait des cris. Fixée sur la peau des parois abdominales, une pareille exaltation de la sensibilité aurait pu faire croire à l'existence d'une péritonite. Aussi, toutes les fois qu'un individu atteint de fièvre grave paraît vivement souffrir par le palper abdominal, nous ne manquons jamais de presser comparativement d'autres points de l'enveloppe cutanée, afin de mieux nous éclairer sur la véritable nature de la douleur abdominale. Chez le sujet de l'observation XVIII, la sensibilité cutanée présenta, dans un court espace de temps, de rapides alternatives de diminution et d'exaltation. Il en fut de même chez la jeune fille de l'observation CXXXIII.

Mais ce n'est pas seulement comme sens du toucher que la peau s'est montrée altérée chez nos malades.

D'abord elle nous a offert diverses modifications de température, que nous avons notées plus haut.

L'exaltation dont elle est le siége est rarement restée à son état normal. Chez les uns elle a été augmentée pendant tout le cours de la maladie, et chez ceux-là l'affection a été généralement peu grave. L'état de moiteur ou de sueur qui en résulte peut être continuel, ou alterner avec un état de sécheresse de la peau, soit à des intervalles qui n'ont rien de fixe, soit périodiquement. Ce retour périodique de la sueur peut être ou non précédé de frisson.

Chez d'autres, loin d'être accrue, la transpiration cutanée a paru diminuer ou cesser, et de là cette aridité tout particulière de la peau que nous ont offerte un grand nombre d'individus, et qui s'est toujours liée à un état plus ou moins grave. Cette aridité, qui, dans aucune maladie, n'est aussi prononcée que dans celle qui nous occupe, ne dépend-elle pas aussi de la suppression de la sécrétion folliculaire? Quoi qu'il en soit, nous n'avons jamais vu une amélioration franche commencer à avoir lieu que lorsque la peau avait recouvré la souplesse et le poli qu'elle présente dans l'état de santé.

Plusieurs individus, dont la peau était restée constamment sèche, commencèrent à suer en même temps que leur état s'améliora, et que tout annonçait chez eux une tendance vers une terminaison heureuse. Chez douze malades, en particulier, nous avons observé un amendement si subit et si inespéré de tous les symptômes, en même temps qu'une sueur s'établissait, que nous étions porté à la regarder comme un phénomène critique (obs. LXXIV, LXXXIV, XC, XCVIII, CIV, CXV, CXVIII, CXX, CXXIX, CXXXI, CXXXII, CXL).

Il nous a été le plus souvent impossible de reconnaître, d'une manière précise, le jour de l'apparition de cette sueur d'*apparence critique*. Cependant elle nous parut s'être montrée le septième jour, dans l'observation cxv ; le douzième jour, dans l'observation cxx ; le vingt-unième, dans les observations cxxix, cxxxi. Dans l'observation cxxxii, des sueurs eurent lieu à trois époques différentes : le septième, le quatorzième et le dix-huitième jour. La dernière coïncida seule avec une amélioration de la maladie.

Chez plusieurs sujets, ces sueurs, que suivit instantanément un état meilleur, parurent être provoquées par l'administration d'un vomitif.

Il s'en faut, du reste, que l'apparition de la sueur ait constamment coïncidé avec un amendement de la maladie. Ainsi, au moment où elle apparut pour la première fois, nous vîmes les symptômes s'exaspérer chez le sujet de l'observation xxvi ; et cependant cette sueur s'était établie chez lui le quatorzième jour. Chez quelques-uns, la peau devint, pour la première fois aussi, le siége d'une sueur abondante, peu d'heures avant la mort. Assez souvent, pendant les vingt-quatre dernières heures de l'existence, la peau se couvrit d'une sueur visqueuse et froide. L'apparition de cette espèce de sueur nous a paru constamment du plus fâcheux augure.

Quelques individus eurent, pendant leur convalescence, des sueurs abondantes, qui cessèrent spontanément à mesure que les forces se rétablirent.

La sueur des individus atteints de fièvres graves avec prostration considérable et teinte plombée de la face, nous a paru, dans quelques cas, remarquable par sa fétidité. Mais ce phénomène est loin d'être aussi fréquent qu'on l'a dit, et il nous semble qu'on ne peut rien en conclure relativement à la nature même de la maladie. Nous ne voyons pas, par exemple, quel rapport il y a entre l'odeur fétide des sueurs et la putridité des humeurs qu'on a voulu prouver par l'existence de cette fétidité particulière du produit de la transpiration cutanée.

Chez un grand nombre de malades, la peau s'est couverte d'éruptions variées. Des pétéchies, des *vibices*, des *sudamina*, des pustules miliaires, l'éruption pourprée, des boutons varioliforme, tels sont les différents exanthèmes que nous ont présentés nos malades.

Pétéchies. L'éruption pétéchiale s'est montrée chez un grand nombre.

Considérées sous le rapport de leur situation, les pétéchies, nommées

aussi, d'après leur aspect, taches rosées lenticulaires, ont apparu le plus fréquemment sur la partie inférieure moyenne du thorax, et sur la partie supérieure de l'abdomen. Dans quelques cas, elles ont recouvert à la fois la totalité du thorax et de l'abdomen. Deux fois nous les avons vues s'étendre aux membres thoraciques, une fois aux cuisses et une fois au cou. Nous n'en avons jamais observé à la face.

Leur nombre a été très-variable. Plusieurs malades n'ont présenté que sept à huit pétéchies au plus, éparses sur le thorax ou sur l'épigastre. Chez d'autres, l'éruption très-confluente a couvert en même temps le thorax, l'abdomen, le cou, les bras et les cuisses. La gravité des symptômes concomitants n'a pas toujours été en rapport avec le nombre des pétéchies.

La largeur de ces taches nous a paru varier depuis celle d'une très-petite piqûre de puce jusqu'à celle d'une lentille. Généralement arrondies, elles ont présenté quelquefois une forme ovalaire ou oblongue. En passant légèrement le doigt au-dessus de ces taches, on reconnaissait qu'elles faisaient un peu saillie au-dessus du niveau de la peau. Cette saillie n'était pas appréciable à la vue.

La couleur des pétéchies a présenté plusieurs nuances. Elles avaient en général une teinte rosée assez vive lorsqu'elles se montraient à une époque où les symptômes adynamiques n'étaient pas encore très-prononcés. Mais, dans presque tous les cas où il y avait forte prostration, stupeur considérable, les taches pâlissaient, ou bien une couleur livide ou brune remplaçait leur teinte rosée. Quarin avait distingué avec raison trois espèces de pétéchies, sous le rapport de leur couleur : les unes rouges, les autres livides, et les troisièmes noirâtres. Ces dernières, disait-il, *sont les plus rares et les plus funestes; les livides sont aussi très-fâcheuses, et les rouges ne sont pas sans dangers.*

Nous n'avons pu rien saisir de constant sous le rapport de l'époque de la maladie à laquelle les pétéchies ont commencé à apparaître. Nous les avons vues le plus souvent se développer au milieu du cours de la fièvre, quelquefois vers la fin, et même pendant la convalescence; très-rarement dès le début.

Dès le moment où chaque tache se montre, elle semble avoir acquis ordinairement son plus grand développement. Elle persiste cinq à six jours, puis elle se flétrit et disparaît, sans laisser à l'endroit où elle s'était manifestée aucune trace de son existence. Une seule fois cependant, chez un individu qui avait eu un très-grand nombre de pétéchies, nous

avons observé, après leur disparition, une véritable desquammation de l'épiderme (obs. CXXXV).

Considérée dans son ensemble, l'éruption pétéchiale reste discrète, ce qui est le cas le plus ordinaire, ou bien elle devient confluente, et présente alors, par son aspect, quelque analogie avec une éruption de rougeole. Dans quelques cas nous avons vu les pétéchies paraître et disparaître plusieurs fois dans le cours d'une même maladie.

Cherchons maintenant à apprécier l'importance des pétéchies dans les fièvres.

Quarin a dit : Les pétéchies sont communes dans la fièvre putride, moins fréquentes dans la fièvre maligne, et très-rares dans la fièvre inflammatoire. Dehaen répète dans plusieurs de ses ouvrages que la stupeur et la prostration n'accompagnent pas nécessairement le développement des pétéchies. Il a vu ces taches survenir pendant le cours des fièvres les plus légères. Stoll a fait la même remarque ; aussi, sous le rapport du traitement, ces auteurs recommandent-ils d'avoir surtout égard à l'ensemble des autres symptômes.

Nos observations confirment entièrement les assertions précédentes. Nous avons vu des taches pétéchiales se manifester pendant le cours des fièvres les plus bénignes, et celles-ci n'en ont point été aggravées.

Ces fièvres légères avec éruption pétéchiale se sont présentées sous une sorte de forme épidémique : elles ont commencé à se montrer vers la fin du mois de mai ; elles ont été très-nombreuses pendant les mois de juin et de juillet ; puis elles sont devenues plus rares en août, et ne se sont plus montrées à dater du mois de septembre. Dans tous ces cas, l'éruption a été discrète, et a conservé une teinte rosée.

Mais, ainsi que l'avaient fort bien observé Hofmann, Mead (1) et Quarin, pour peu que les pétéchies soient nombreuses ou d'une mauvaise couleur, elles sont d'un fâcheux augure, et précèdent ou accompagnent un état adynamique plus ou moins grave. On peut s'en convaincre en lisant les obs. XV, XXIX, XLIV, CXXVII, CXXVIII, CXXIX, CXXX, CXXXV, CXXXVII, CXLII, CXLIV. Dans quelques-unes de ces observations, nous voyons que c'est peu de temps après qu'une saignée

(1) Quo plures numero comparent, eo gravior subest metus. Maximum autem vitæ periculum ostendunt, cum nigræ vel lividæ evadunt. (MEAD.)

eut été pratiquée, ou à la suite d'abondantes épistaxis, que les taches apparurent avec la stupeur.

Dans un autre cas, au contraire (obs. CXXXVIII), les pétéchies et la stupeur disparurent à la suite d'une application de sangsues à l'anus. Le lendemain, l'éruption se manifesta de nouveau, sans être accompagnée de symptômes adynamiques plus graves.

Chez d'autres malades, les pétéchies, après s'être montrées pendant la période la plus grave de la maladie, survécurent en quelque sorte à tous les autres symptômes, et persistèrent encore en petit nombre pendant la convalescence (obs. LXXVIII, CXXXIV).

D'autres fois, nous avons vu les pétéchies se flétrir et disparaître tout à coup au moment où l'adynamie avait acquis sa plus grande intensité (obs. CXLIV).

Chez le malade de l'obs. XXIV, les pétéchies, après s'être multipliées à mesure que la stupeur avait augmenté, s'éteignirent presque entièrement la veille de la mort. Chez le malade de l'obs. XX, leur multiplication, leur teinte de plus en plus brune, marquèrent les progrès de l'adynamie. Elles disparurent tout à coup en même temps que se montrèrent les symptômes nerveux qui précédèrent la mort (1).

Huxham et Ramazzini ont parlé des pétéchies critiques. Pringle et Sarcone en nient l'existence. Dans un cas seulement, Sarcone vit les pétéchies disparaître en même temps que les autres symptômes de la maladie augmentaient d'intensité, et reparaître à mesure que ces symptômes devenaient plus bénins. Pour nous, nous avons vu deux fois (obs. CXXV, CXXVI) l'apparition des pétéchies coïncider avec une diminution notable des symptômes.

A côté des pétéchies se placent naturellement les larges taches livides ou *vibices*, qui ont existé chez le malade de l'observation XVII, et qui semblent n'être qu'une variété de l'éruption pétéchiale. Elles ne persis-

---

(1) Le fait suivant, qui m'a été raconté par M. Senn, élève interne à l'Hôtel-Dieu, semble propre à prouver que les pétéchies doivent être souvent considérées comme un résultat de débilité générale. Un homme, traité dans les salles de M. Dupuytren, fut pris d'une épistaxis très-abondante qu'on ne put parvenir à arrêter. Au bout d'un certain temps, ce ne fut plus du sang en nature, mais seulement une sorte de liquide séreux, qui s'écoula par les narines. Le malade était menacé de mourir d'épuisement. Au milieu de cet état anémique, des pétéchies nombreuses apparurent sur le tronc et sur les membres; l'épistaxis s'arrêta, et, à mesure que les forces se relevèrent, les pétéchies se flétrirent. Comme les hémorragies, les pétéchies peuvent donc être distinguées en actives et en passives.

tèrent que vingt-quatre heures. C'est ce même malade dont le sang présenta un aspect comme sanieux. Ce rapprochement n'est pas sans intérêt (*voyez* les détails de l'observation et les réflexions qui la suivent).

Nous avons observé une éruption de *sudamina* chez sept individus (obs. XXXV, XLI, LXXV, CVIII, CXXIII, CXXXII, CXL); cette éruption s'est particulièrement montrée sur l'abdomen. En passant légèrement l'extrémité des doigts sur la peau de cette partie, l'on sentait une foule de petites inégalités qui lui donnaient une apparence rugueuse. Ces inégalités étaient formées par une multitude de vésicules miliaires, comme cristallines, à parois parfaitement transparentes, et remplies d'un peu de sérosité limpide. Un contact un peu rude les détruisait. Après avoir persisté pendant un, deux ou trois jours au plus, ces vésicules disparaissaient, et l'on observait à la place qu'elles avaient occupée une desquammation de l'épiderme.

Chez un seul malade (obs. LXXV) les *sudamina* prirent un beaucoup plus grand développement. L'on en voyait plusieurs se réunir, et former de larges vésicules semblables à des ampoules de vésicatoires. On eût dit un pemphigus. Chez ce malade, cette remarquable éruption de *sudamina* se manifesta à la fois sur l'abdomen, le thorax, le cou et les bras; mais surtout au pourtour des aisselles.

Chez cet individu et chez quatre autres, des sueurs copieuses précédèrent ou accompagnèrent l'éruption, mais, comme l'on observe des sueurs abondantes chez beaucoup d'individus qui ne présentent pas de *sudamina*, il est raisonnable de croire que les *sudamina* ne peuvent avoir lieu sans une disposition spéciale de la peau, soit physiologique, soit pathologique. D'ailleurs, chez deux autres malades, aucune sueur remarquable n'eut lieu. Chez le malade de l'obs. LXVI, l'apparition des *sudamina* coïncida avec une amélioration notable des symptômes. Cinq fois cette éruption s'est montrée en été, et les deux autres fois en octobre et en février.

Nous avons observé chez un seul individu une éruption miliaire (obs. CVIII); elle se manifesta vers le vingt-unième jour, en même temps que des *sudamina* apparurent, et qu'une légère diarrhée s'établit. L'éruption couvrit une partie du thorax et de l'abdomen, persista trois à quatre jours, et parut contribuer à juger la maladie.

Une éruption anormale, assez analogue au pourpre, se montra sur le thorax et sur l'épigastre chez le malade de la onzième observation,

quatorze jours environ après que sa santé eût commencé à se déranger. Cette éruption ne persista que vingt-quatre heures, et ne parut exercer aucune influence.

Des boutons varioliformes ont fixé notre attention dans les obs. XXV, XXXVI, CXLVI. Chez un malade, ces boutons couvrirent l'épigastre au moment où existaient les symptômes ataxo-adynamiques les plus graves; ils n'apportèrent aucun soulagement (obs. XXV). Chez un autre malade, ils se montrèrent aussi d'abord à l'épigastre, puis ils s'étendirent aux fesses. On les vit paraître en même temps que la nature sembla faire un effort vers la guérison (obs. XXXVI). Enfin, chez le troisième, on les observa pendant la convalescence; ils se montrèrent successivement aux fesses, à la figure et au bras (obs. CXLVI).

C'est avec une bien remarquable facilité que, chez les individus atteints de fièvre grave, la peau se gangrène ou s'ulcère dans les points où elle a été le siége d'une irritation légère. Là où la peau reste quelque temps soumise à une pression peu forte, et où s'opère une stase sanguine toute mécanique, cette sorte d'hypérémie passive est bien souvent suivie d'une escarre, et, lorsque celle-ci s'est détachée, l'ulcération qui en résulte s'étend rapidement en profondeur, et va atteindre les os eux-mêmes. C'est ce qu'on observe surtout à la région du sacrum et du grand trochanter.

Chez ces mêmes individus, plus souvent que chez d'autres malades, les plaies des vésicatoires prennent une couleur brune, ou tendent à s'ulcérer. Chez eux aussi, les petits engorgements auxquels donnent lieu les piqûres de sangsues se terminent, plus souvent que dans d'autres cas, par une petite ulcération de la peau. A la place de chaque piqûre de sangsue existe une solution de continuité qui semble faite comme par un emporte-pièce, et autour de laquelle la peau ne présente aucune altération. Ces ulcérations ne se forment le plus ordinairement que chez des individus qui sont déjà dans un degré avancé d'adynamie, et elles nous ont toujours semblé du plus fâcheux augure. Chez un malade, dont nous avons rapporté l'observation, leur apparition suivit celle d'une abondante hémorragie intestinale (1).

---

(1) Tout en reconnaissant que la disposition à la gangrène de la peau est moins rare dans les fièvres graves, typhoïdes, etc., que dans d'autres maladies, nous pensons que, même dans ces fièvres, on a exagéré la fréquence d'un pareil accident. Quant aux organes inférieurs, leur gangrène est encore plus rare que celle de la peau. A l'exception

ARTICLE III.

TRAITEMENT.

Les 146 observations particulières que nous avons rapportées nous ont montré les malades qui en font le sujet soumis aux traitements les plus divers. Les uns n'ont pris, pendant tout le cours de leur affection, que de simples boissons acidules ou mucilagineuses ; ils ont gardé la diète et le repos, et aucune médication active n'a été essayée chez eux. D'autres n'ont pris non plus à l'intérieur que ces mêmes boissons; mais, chez eux, des émissions sanguines plus au moins abondantes, plus ou moins multipliées, ont été pratiquées. Chez plusieurs, la périphérie cutanée a été couverte de sinapismes ou de vésicatoires, ou irritée par des frictions stimulantes. Chez quelques-uns, des applications froides ont été faites sur la tête, et des bains de température variable ont été donnés. Les purgatifs, et plus fréquemment les émétiques, ont été administrés à un assez grand nombre; et enfin, chez d'autres, le traitement tonique et stimulant proprement dit a été mis en usage. Plusieurs, soit à la même époque, soit à diverses périodes de leur maladie, ont été traités à la fois ou tour à tour par deux, trois ou quatre de ces méthodes.

Que si maintenant nous cherchons à apprécier quelle a été l'influence exercée par ces traitements divers, nous trouverons dans cette appréciation les difficultés les plus graves. Pour tous nous pourrions citer des succès, et pour tous aussi des revers, suivant que nous insisterions plus particulièrement sur les uns ou sur les autres; il nous serait donc facile

---

des cas, qui sont eux-mêmes moins nombreux qu'on ne l'a dit, dans lesquels nous avons constaté dans les plaques exanthémateuses de l'intestin une apparence d'escarre, nos observations ne nous ont montré ailleurs qu'un seul cas de gangrène : c'était dans le poumon de l'individu qui fait le sujet de l'observation XIX ; et, dans ce cas, il était bien évident que cette gangrène purement accidentelle était indépendante de la maladie principale. Combien de fois cependant n'a-t-on pas parlé de la fréquence des gangrènes dans les fièvres adynamiques, putrides, etc.! Que de conséquences n'en a-t-on pas tirées pour la nature de ces maladies ! Dans ce cas, comme dans mille autres, comme dans celui où l'on croit pouvoir tout expliquer dans les fièvres graves, soit par l'altération du sang, soit par l'irritation gastro-intestinale, nous répéterons ce que disait Sydenham de plusieurs médecins de son temps: *Si quando symptoma aliquod, quod cum dicta hypothesi apposite quadrat, revera morbo competat, cujus typum delineaturi sunt, tum illud supra modum evehunt, ac plane reddunt ex mure elephantem, quasi in hoc scilicet totius rei cardo verteretur, sin hypothesis minus congruat, aut prorsus silentio aut levi saltem pede transmittere consueverunt, nisi forte beneficio subtilitatis alicujus philosophicæ in ordinem cogi ac quoquo modo accommodari possit.*

de trouver des motifs de préférence ou d'exclusion pour telle ou telle méthode thérapeutique; nous pourrions nous placer sur un terrain encore plus commode, en disant que, *suivant les cas,* tel ou tel mode de traitement doit être préféré. Mais, en nous tenant ainsi dans les généralités de la question, nous ne l'avancerions guère, et certes nous ne pourrions pas la résoudre, parce que dans nos observations n'existent pas les éléments de cette solution. Ce qui semble surtout en ressortir, c'est que, quelles que soient les méthodes employées, il est un certain nombre de cas où, sans que ces méthodes y prennent part, la nature conduit la maladie à une terminaison heureuse ou funeste. De là toutefois il ne faudrait pas déduire la conséquence que nos moyens thérapeutiques sont sans influence sur la marche et sur le mode de terminaison des fièvres. Mais, si la nature joue ici un si grand rôle, qui ne sent que, pour apprécier le rôle que peut jouer la médication, soit qu'elle nuise, soit qu'elle soit utile, il est nécessaire qu'on rassemble et qu'on soumette à une sévère discussion une collection de faits beaucoup plus nombreux que les nôtres, afin que, les mêmes résultats se reproduisant un grand nombre de fois, on puisse défalquer en chiffres ce qui, dans ces résultats, appartient à la nature et ce qui appartient à l'art? Ainsi n'ont pas procédé les historiens d'épidémies, qui, la plupart, se sont contentés d'indiquer d'une manière générale quel traitement leur a paru le mieux réussir : celui qui, entre leurs mains, a compté le plus de succès a presque toujours été celui qui leur était donné par la théorie sous l'influence de laquelle ils observaient les malades. Aussi un bien faible parti peut être tiré de ce qu'ils nous ont transmis comme le résultat de leur expérience en thérapeutique; il n'en eût point été ainsi, si, à la place des résultats généraux, ils avaient dressé des tables où l'on aurait trouvé le nombre des malades soumis à tel ou tel mode de traitement. Celui qui ne publie que quelques observations sur une maladie ne doit faire autre chose que noter une simple coïncidence entre l'administration de tel ou tel traitement et la terminaison heureuse ou malheureuse de la maladie; ce n'est que lorsque cette coïncidence s'est répétée bien souvent dans le même sens, qu'il peut être permis de regarder comme liés l'un à l'autre deux faits qui, si fréquemment, se sont présentés ensemble. En rassemblant sous ce point de vue spécial les nombreuses observations publiées par les hommes de toutes les opinions, nous croyons que la thérapeutique des fièvres ne gagnerait pas peu à un semblable travail. Quelque important qu'il nous paraisse, la nature de cet ouvrage ne nous permet

pas de nous y livrer. Sans sortir de nos observations, et par conséquent sans nous élever à aucune conséquence générale, nous allons essayer de résumer en peu de mots ce qui est arrivé à nos malades, pendant qu'ils étaient soumis à diverses sortes de traitement. Nous isolerons chacun de ces traitements, et nous suivrons les modifications qui ont coïncidé avec leur emploi, 1° dans l'ensemble de la maladie; 2° dans ses principaux symptômes. Ce sera là un commencement du grand travail que nous voudrions qu'on entreprît en rassemblant sous le point de vue thérapeutique les nombreuses observations de fièvres éparses dans les auteurs. Nous ajouterons que ce travail même ne serait utile qu'à la condition qu'on n'oublierait pas que le nombre des succès comme celui des revers ne constitue en quelque sorte qu'une majorité fictive; car bien peu d'auteurs ont publié tous les cas qu'ils ont observés, et la plupart ne se sont empressés de nous transmettre que les faits qui caressaient leurs idées. Ouvrez, par exemple, les recueils d'observations publiés par les disciples de Brown : vous n'y trouverez pas un exemple de fièvres graves traitées avec succès par les émissions sanguines; et cependant ces cas existent, et, comme nous, ils ont dû les voir. Ouvrez, d'autre part, les recueils publiés par les élèves de l'école de M. Broussais : vous n'y lirez pas un seul cas de ces mêmes maladies, qui, traitées par les toniques, ont guéri; et cependant, autour d'eux, de semblables cas ont été observés, et eux aussi ont dû les voir (1).

§ Ier. TRAITEMENT PAR LA DIÈTE ET LES BOISSONS MUCILAGINEUSES OU ACIDULES.

Un grand nombre de nos malades ont été soumis à ce mode de traitement. Chez les uns l'affection était légère, chez les autres elle était grave; et l'on observait les divers symptômes de la fièvre typhoïde, tels qu'accidents variés de l'innervation, délire, stupeur, prostration, langue sèche ou fuligineuse, météorisme, pétéchies, etc.

---

(1) Le passage suivant, écrit par James Sims, auteur d'un ouvrage sur les maladies épidémiques, nous a toujours paru plein de bon sens : « Un praticien, dit cet auteur, qui n'observe que les maladies soumises à son propre traitement, est aussi dangereux que celui qui ne lit qu'un livre, ou qui ne s'attache qu'à un système ; il tournera sans cesse dans le même cercle, et prendra souvent pour des symptômes essentiels de la maladie ceux qui ne sont que le produit de son traitement. D'ailleurs, comment pourra-t-il constater qu'une méthode particulière est la plus avantageuse, lorsqu'il n'observera pas les inconvénients des autres, et qu'il ne s'assurera pas si la nature n'aurait pas fait seule les frais de la guérison? »

Pendant que ce traitement était suivi, nous avons vu chez plusieurs tous les symptômes s'amender, et la maladie se terminer aussi promptement et d'une manière aussi heureuse que chez d'autres placés dans des circonstances semblables, et auxquels on pratiquait des émissions sanguines. C'est souvent en vingt-quatre ou quarante-huit heures que nous avons vu cesser une fièvre assez intense chez des individus dont un mauvais régime entretenait la maladie, et que la diète et le repos suffisaient pour rendre rapidement à la santé.

Il ne nous a pas paru qu'ainsi *abandonnées à la nature,* les fièvres continues eussent une durée déterminée, et qu'elles se terminassent certains jours plutôt que d'autres; et, pour ces maladies, l'ancienne doctrine des jours critiques nous a paru complètement en défaut.

Quant aux crises, ne devaient-elles pas surtout être évidentes dans ces cas où aucune médication active n'avait contrarié ce qu'on appelle la *marche de la nature :* cependant les phénomènes auxquels on a donné le nom de *crise* ne marquèrent la terminaison de la maladie que dans le plus petit nombre des cas. Dans quatre cas seulement (obs. LXXIV, CXXII, CXXIX, CXXXII), l'apparition d'une sueur abondante coïncida avec la cessation de la fièvre et des autres phénomènes morbides. Dans d'autres cas, il y eut encore des sueurs vers la fin de la maladie; mais, en raison des circonstances de leur apparition, les anciens même eussent hésité à leur assigner un caractère critique : c'est ce qui eut lieu chez le sujet de l'observation LXXIII, ainsi que chez la jeune fille dont il est question dans l'observation LXVI; chez elle, en particulier, une sueur habituelle de l'aisselle se rétablit en même temps que commença la convalescence. Mais, dans ce cas, pourrons-nous voir autre chose que le rétablissement d'une sécrétion, devenu un élément de la santé, que la maladie avait supprimé et qui doit reparaître dès que la maladie cesse? Encore moins regarderons-nous comme critiques d'autres sueurs qui, sous l'influence de la méthode expectante dont nous examinons les résultats, apparurent bien avant la terminaison de la maladie (obs. LXXV, LXXVIII). Enfin, chez beaucoup de sujets également traités par cette méthode, aucune sueur ni aucun autre phénomène critique ne se manifestèrent (obs. XXXVII, LXVIII, LXIX, LXX, LXXI, LXXII, LXXVI, LXXIX). Chez le sujet de l'observation XIII, qui, pendant sa longue et grave maladie, fut également soumis à la méthode expectante, un des membres abdominaux devint, pendant la convalescence, le siége d'une suppuration abondante qui entraîna le malade au tombeau.

Outre les malades chez lesquels la méthode expectante fut seule employée, il en est d'autres qui furent traités par elle seulement dans les premiers temps de leur affection; plus tard on opposa une médecine active aux progrès toujours croissants de la maladie : tantôt une amélioration évidente suivit ce changement de méthode (obs. CXXVIII, CXXXIV, CXXXV); mais tantôt aussi, le trouble que détermina dans l'économie la médication active mise en usage ne fut pas plus utile que l'expectation n'avait été salutaire, et la maladie n'en marcha pas moins vers une terminaison fatale (obs. XX, XXVIII, XXXV).

D'autres malades, au contraire, commencèrent par être soumis à diverses sortes de traitements plus ou moins actifs, aucun bien n'en résultait, et la maladie restait stationnaire ou s'aggravait : c'est dans ces circonstances qu'abandonnant toute médecine agissante, on se contenta de tenir les malades à la diète et à l'usage des simples boissons délayantes; chez quelques-uns seulement, de légers bouillons ou un peu d'eau vineuse étaient ajoutés à ces boissons. Les observations XXXVII, CXVI, CXX, CXXI, CXXII, CXXIV, CXXV, CXXVI, CXXX, CXXXVIII, nous montrent des individus chez lesquels on se trouva bien du retour vers la méthode expectante. On cessa de tourmenter la nature par des remèdes que ne suivait aucune amélioration; on se contenta d'écarter tout ce qui pouvait nuire, et la guérison fut le fruit du seul effort de la nature, aidée par de simples soins d'hygiène.

Que si maintenant nous cherchons à apprécier l'influence exercée par la simple méthode expectante sur les grands désordres fonctionnels des divers appareils, nous arriverons aux résultats suivants.

Étudions d'abord son influence sur les désordres des voies digestives :

L'anorexie, le mauvais goût de la bouche, les nausées n'ont en général disparu que peu à peu chez les individus soumis à ce mode de traitement. Chez plusieurs (obs. LXXX, LXXXI, LXXXII, LXXXIII, LXXXIV, LXXXV, LXXXVI, LXXXVII, LXXXVIII, LXXXIX, XC, XCI, XCII, XCIII, XCIV), la diète et les boissons délayantes continuées pendant longtemps n'ont pu faire disparaître ces symptômes, qui, chez les individus qui font le sujet de ces observations, ont cédé rapidement à l'emploi des évacuants.

Quelques-uns sont entrés à l'hôpital avec des vomissements qui ont persisté tant qu'ils n'ont pris que des délayants, et qui ensuite ont cessé après l'emploi d'autres moyens, ainsi que nous le verrons plus bas.

Sous l'influence de la méthode expectante, la langue, chez plusieurs sujets, n'a présenté aucun changement; et elle ne s'est modifiée que lors-

que d'autres médications ont été essayées. Ainsi elle a conservé sa blancheur uniforme (obs. XVIII, XCVI), son enduit jaunâtre (obs. LXXX, LXXXI), sa couleur blanche avec pointillé rouge (obs. XIII, XX, XXI), sa couleur rouge uniforme avec persistance de son humidité (obs. CIII), sa rougeur et en même temps sa sécheresse (obs. XII, XXX, XXXV, CXXXIV); enfin sa couleur noire (obs. XLVII, XLVIII, L, LII). Dans ces dernières observations, nous avons pu voir, d'ailleurs, que ce n'était pas seulement, ainsi qu'on l'a dit, à la suite de l'administration des toniques, que la langue venait à se couvrir de fuliginosités.

Chez plusieurs autres individus, toujours soumis à la même méthode de traitement, non seulement l'état de la langue ne s'est pas amélioré, mais cet organe a pris un aspect en rapport avec l'augmentation de gravité des autres symptômes de la maladie. Nous la voyons, par exemple, rougir de plus en plus, se sécher, brunir, s'encroûter, chez les sujets des obs. XIV, XXXII, XXXV, CVIII.

Enfin, chez un certain nombre de malades, qui ne font, comme les précédents, que garder la diète et boire de l'eau d'orge, la langue se dépouille de ses enduits, reprend son humidité, et revient lentement ou rapidement à son état normal. Chez le sujet de l'observation XXXVII, la langue, couverte d'un enduit jaunâtre épais, à l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital, rougit et se sécha en même temps que des émissions sanguines furent pratiquées; le malade fut alors traité par la méthode expectante; d'abord la langue resta rouge et très-sèche, puis on la vit peu à peu recouvrer son aspect naturel, en même temps que s'amendèrent les autres symptômes. Il en fut de même chez les sujets des observations CXXVII et CXLII. Chez tous deux, la sécheresse de la langue parut ou augmenta à la suite de saignées, et chez tous deux aussi elle reprit graduellement son humidité et sa teinte vermeille, une fois qu'on eut abandonné la maladie à la nature. Saburrale chez le sujet de l'observation CXXVI, la langue ne fut pas non plus chez lui modifiée par les saignées; la méthode expectante la ramena peu à peu à son état naturel. Rouge et plus ou moins sèche, à l'époque de l'entrée, chez les sujets des observations LXIX, LXXI, LXXII, LXXIII, LXXV, LXXXIII, la langue reprit peu à peu chez tous son aspect normal, sans qu'aucune médication active eût été employée. Chez les sujets des observations LXX, LXXVIII, LXXIX, la couleur brune ou noire de la langue disparut également sous la seule influence de la diète et des délayants, aucun autre traitement n'ayant été non plus antécédemment employé. Chez quelques autres enfin (obs.

LXVI, LXVII, LXXIV), l'enduit blanchâtre uniforme qui couvrait la langue disparut, sans qu'on prescrivît autre chose que la diète et l'emploi des boissons acidules ou mucilagineuses.

La diarrhée n'a ni augmenté ni diminué par la méthode expectante, chez les sujets des obs. XV, XVI, XVII, XX, XXVIII, LXXVI, XC, CXX, CXXXV. Elle a paru pour la première fois, pendant que le malade était soumis à cette méthode, chez le sujet de l'obs. XXXV. Elle a augmenté d'abord chez le sujet de l'obs. XXXVII; puis, après une application inutile de sangsues à l'anus, elle a cessé peu à peu. Enfin, sous l'influence de la simple expectation, la diarrhée a graduellement diminué chez les sujets des obs. XII, LXVI, LXVII, LXVIII, LXX, LXXI, LXXII, LXXIV, LXXV, LXXVII, LXXVIII, CXVI, CXVII, CXXI, CXXIII, CXXIV, CXXV, CXXVI. Parmi ces derniers malades, les uns n'avaient été soumis à aucun traitement actif; d'autres avaient d'abord subi des émissions sanguines, qui n'avaient eu sur la diarrhée aucune influence manifeste. Chez le sujet de l'obs. LXXIV, un de ceux qui furent soumis exclusivement à la méthode expectante, la diarrhée disparut brusquement, en même temps qu'une sueur s'établit.

Le météorisme apparut avant qu'aucune médication active n'ait été employée, chez les sujets des observations XXI, XXVIII, XLVII.

Le seul emploi de la diète et des boissons délayantes a été suivi de la disparition lente ou rapide du mouvement fébrile, chez les sujets des obs. LXVI, LXVII, LXVIII, LXIX, LXX, LXXI, LXXII, LXXIII, LXXIV, LXXV, LXXVI, LXXVII, LXXVIII, LXXIX, LXXX. Ce même traitement a fait cesser la fièvre, après qu'on avait inutilement mis en usage soit les émissions sanguines (observations CXXIII, CXXIV, CXXV, CXXVI), soit les évacuants (observations CI, CIII, CXXVI), soit les toniques (plusieurs observations).

Les lésions de l'appareil respiratoire n'ont pas été plus communes chez les individus traités par les simples délayants que chez ceux soumis à une médecine plus active. Une fois développées, les pneumonies, lorsqu'elles ont été reconnues, n'ont pas été généralement abandonnées à elles-mêmes.

Quelques individus, chez lesquels prédominaient les symptômes nerveux, ont été soumis exclusivement à la méthode expectante (obs. XXI, LXXVIII, LXXIX, CVIII); chez les sujets des obs. LXXVIII, LXXIX, CVIII, la stupeur, le délire, la prostration, le coma, disparurent, pendant que les malades ne faisaient autre chose que boire de l'eau d'orge. Chez d'au-

d'autres, (obs. XXXVII, CXXXI, CXL), ces mêmes symptômes, vainement combattus par des émissions sanguines, se dissipèrent peu à peu sous l'influence d'une simple méthode expectante. Chez d'autres (obs. XX, XXI, XXIX, XXX, XXXIII, LXIII), cette méthode, d'abord employée seule, n'empêcha pas les symptômes nerveux de paraître et de s'accroître; mais, chez ces malades, les autres méthodes qu'on lui substitua (antiphlogistiques ou toniques) ne furent pas plus avantageuses. Enfin, chez quelques-uns (obs. CXXXIV, CXXXV, CXXXVI), les symptômes nerveux, qui s'étaient développés de plus en plus, pendant que les simples boissons délayantes étaient administrées, disparurent en même temps qu'à l'usage de ces boissons l'on substitua l'emploi des toniques.

On a accusé tour-à-tour le traitement antiphlogistique et le traitement tonique de produire les pétéchies. Cependant, chez plusieurs de nos malades (obs. XVII, XX, LXXVII, LXXVIII, CVIII, CXXIV, CXXXVIII, CXLII), ces taches apparurent à une époque où chez eux, aucun traitement actif n'avait été encore employé. Une éruption de sudamina parut aussi chez le sujet de l'obs. LXXV, lorsqu'il n'avait pris encore que de la tisane d'orge.

§ II. TRAITEMENT PAR LES ÉMISSIONS SANGUINES.

Les émissions sanguines ont été mises en usage chez un très-grand nombre de nos malades. Manifestement avantageuses chez un certain nombre, elles ont été inutiles chez d'autres, et chez plusieurs même leur emploi a été suivi si rapidement d'une exaspération des symptômes, que nous avons été portés, dans plus d'un cas, à la leur attribuer. Toutefois il ne faudrait pas perdre de vue plusieurs circonstances qui ont pu contribuer à rendre beaucoup moins efficaces les émissions sanguines pratiquées chez ces malades. En première ligne il faut placer l'époque avancée à laquelle plusieurs malades furent saignés pour la première fois; quelques-uns présentaient déjà un état de prostration qui presque toujours s'accrut après la saignée. Chez un certain nombre, les saignées parurent nuire par leur grande abondance; chez d'autres, au contraire, les piqûres de sangsues donnèrent si peu de sang que les avantages ou les inconvénients qui suivirent leur application ne purent leur être raisonnablement attribués. Enfin, dans beaucoup de cas, il fut difficile de distinguer l'influence réelle exercée par les émissions sanguines, parce qu'elles ne furent pas seules employées, et que souvent, soit en même

temps qu'on y avait recours, soit avant ou après, on mettait en usage d'autres moyens, tantôt les révulsifs cutanés, tantôt les toniques et les excitants intérieurs, tantôt les évacuants.

Plusieurs malades ne présentaient encore aucun symptôme grave, lorsqu'ils furent saignés ; ils offraient l'ensemble des symptômes de la fièvre dite inflammatoire ou bilieuse; après, la saignée, l'état de quelques-uns s'aggrava subitement: cela eut lieu surtout chez les individus qui font le sujet des observations IV, VI, XII, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXIX, XXX, XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXV, XXXVI, XL, XLIII). Chez d'autres on n'observa d'abord aucun changement, puis la maladie marcha peu à peu vers une terminaison fatale. Dans ce cas, les émissions sanguines n'eurent qu'une influence purement négative ; elles n'enrayèrent pas le mal, mais il est douteux qu'elles aient contribué à l'augmenter. Il en fut ainsi surtout chez les individus qui font le sujet des obs. I, II, III, VII, VIII, IX, XIV, XXI, XXII, XXIII, XXXI, XXXVIII, XL, XLVI, LX). Le nombre des malades chez lesquels l'affection s'aggrava immédiatement après les émissions sanguines, fut plus considérable que le nombre de ceux chez lesquels l'affection continua seulement à marcher comme avant que les malades eussent perdu du sang.

Chez les sujets des observations VII, XXXV, XLIII, la première émission sanguine fut suivie d'un mieux notable, qui disparut après qu'on eut réitéré la saignée.

Sur trente-cinq sujets soumis aux émissions sanguines, et dont la maladie se termina par la mort, sept furent saignés au début de l'affection, du premier au quatrième jour (observations XXII, XXIII, XXXI, XXXIV, XXXVI, XLIII).

Neuf perdirent du sang du quatrième jour exclusivement au huitième inclusivement (obs. II, III, IV, VI, XIX, XXI, XXVII, XXXVI, XL).

Chez cinq individus, les émissions sanguines furent faites du huitième au douzième jour (obs. XVI, XXIV, XXV, XXVI, XXXV).

Chez trois, elles furent pratiquées du douzième jour au seizième (obs. VII, IX, XXX).

Chez les autres, du sang fut tiré à des époques que nous ne pûmes pas rigoureusement préciser ; mais, chez la plupart, ce fut à une période éloignée du début de la maladie.

Parlons maintenant d'autres malades qui guérirent après avoir été soumis, comme les précédents, à un plus ou moins grand nombre d'é-

missions sanguines. Chez tous la saignée fut loin d'avoir la même influence. Les uns, en effet, présentèrent un amendement subit après avoir perdu du sang ; chez eux il n'est guère possible de douter que cette perte de sang n'ait été utile. Il en fut ainsi chez treize sujets (obs. C, CVI, CVII, CX, CXI, CXII, CXIII, CXIV, CXV, CXVII, CXVIII, CXXV, CXXXIII). Mais chez aucun de ces treize sujets, si ce n'est chez celui de l'obs. CXII, la maladie ne fut tout-à-coup enlevée par la saignée ; seulement ses symptômes s'amendèrent, et peut-être sa durée fut abrégée. Il n'est donc pas si commun de voir une maladie arrêtée subitement et comme jugulée par les émissions sanguines: une telle prétention ne peut guère soutenir l'épreuve clinique.

Chez le sujet de l'obs. CX, une première application de sangsues à l'anus ne fut suivie d'aucun changement ; on en fit une seconde, et une prompte amélioration eut lieu.

Chez le sujet de l'obs. CXVIII, aucun amendement ne suivit une première saignée, faite le sixième jour ; à la suite d'une seconde, pratiquée du huitième au neuvième jour, tous les symptômes disparurent subitement, en même temps que se manifesta une sueur.

Chez un autre (obs. CXIV), la maladie s'amenda après une première saignée; puis, très-peu de temps après, on observa une nouvelle exaspération de symptômes, qui disparut à la suite d'une application de sangsues.

Parmi ces treize malades, quelques-uns furent saignés dans les premiers jours de l'affection ; mais d'autres ne le furent que vers le septième ou le huitième jour (obs. CII, CXII, CXIII, CXIV, CXXV) ; d'autres à une époque encore plus avancée, comme vers le quatorzième jour (obs. CXVII). Chez la jeune fille dont il est question dans l'obs. CXXXIII, de nombreuses applications de sangsues furent faites pendant tout le cours de sa maladie ; on les continua à une époque où la prostration était déjà considérable.

Il nous reste à examiner l'influence exercée par les émissions sanguines chez les vingt-six autres individus qui guérirent aussi après avoir perdu plus ou moins de sang. Bien différents des treize précédents, ils ne présentèrent aucun amendement, immédiatement après qu'ils eurent été saignés. Ainsi, nous vîmes la maladie poursuivre sa marche, puis diminuer progressivement, sans paraître en aucune manière avoir été influencée par le traitement, chez les sujets des obs. CI, CII, CIX, CXVI, CXVIII, CXIX, CXX, CXXI, CXCII, CXXIII, CXXIV, CXXVII, CXXVIII, CXXX,

CXXXII, CXXXV, CXXXVIII, CXXXIX, CXL, CXLII. Parmi ces sujets, il en est deux cependant chez lesquels les émissions sanguines parurent être utiles, non contre la maladie principale elle-même, mais pour arrêter les progrès d'une pneumonie qui vint la compliquer (obs. CXXII, CXXIII).

Enfin, chez quelques autres individus, la maladie s'aggrava si subitement à la suite des émissions sanguines, qu'elles nous parurent y avoir contribué ; et l'amélioration ne commença à se manifester qu'un certain temps après qu'on eut cessé d'y avoir recours (obs. CXXIX, CXXXI, CXXXVII, CXLIII, CXLIV, CXLV, CXLVI).

Chez ces vingt-six individus, les saignées furent pratiquées rarement au début, et le plus souvent à une époque déjà avancée de l'affection : elles furent mises en usage, pour la première fois, le troisième jour (obs. XCVI) ; le quatrième jour (obs. CXXX, CXXXI, CXLVI) ; le cinquième jour (obs. CXXXII) ; le sixième jour (obs. CXVIII, CXIX, CXX, CXXVII, CXLIII) ; le septième jour (obs. CI) ; le huitième jour (obs. CII, CXXVII, CXXX, CXXXI) ; après le huitième jour (obs. CXVI, CXXI, CXXII, CXXIII, CXXIV, CXXVIII, CXXIX, CXXXIX, CXL, CXLII, CXLIV, CXLV).

Ainsi, en résumé, sur quatre-vingts individus à peu près atteints de fièvres continues légères ou graves, et traités par les émissions sanguines locales ou générales, nous n'en trouvons que seize chez lesquels un amendement notable, qu'on ne peut révoquer en doute, suit immédiatement l'ouverture de la veine ou l'application des sangsues ; et encore, sur ces seize sujets, il en est trois chez lesquels l'amélioration disparaît après qu'on a réitéré la saignée. Remarquez encore que, dans deux ou trois de ces seize cas, tout au plus, la maladie s'arrête tout-à-coup après la saignée ; que dans tous les autres elle ne fait que s'amender, et que d'ailleurs cet amendement est surtout marqué, lorsque l'époque où la saignée est pratiquée coïncide avec celle où, chez nos malades traités par la simple méthode expectante, nous avons vu qu'un pareil amendement tendait à s'établir d'une manière spontanée.

Sur les individus qui restent, nous en trouvons trente-quatre chez lesquels, après une ou plusieurs émissions sanguines, la maladie n'en continue pas moins sa marche pour se terminer par la mort ou par le retour à la santé. Ici la saignée n'a plus aucune influence immédiate ; mais il est permis de penser que, dans plusieurs de ces cas, elle a pu préparer l'heureuse issue de la maladie.

Chez vingt-quatre autres, on observe, à la suite des émissions san-

guines, une exaspération de la maladie aussi immédiate et aussi tranchée que l'avait été l'amélioration chez les seize individus ci-dessus mentionnés; de telle sorte que le même raisonnement qui nous porte à attribuer aux émissions sanguines le bien qu'ont éprouvé ces derniers, doit aussi nous faire admettre que ce sont les émissions sanguines qui ont aggravé l'état des premiers. Pour nous, nous tiendrons compte de tous ces faits; nous méditerons tous les détails de chaque observation, afin d'y découvrir les circonstances qui ont pu amener des résultats si divers. Mais nous saurons que nous n'avons posé que quelques pierres d'attente, et nous attendrons que des matériaux bien autrement nombreux aient été amassés, pour que nous nous croyions en droit de prononcer sur le bien comme sur le mal, qui, dans ces cas divers, peut être attribué aux émissions sanguines.

Étudions maintenant quelle a été l'influence exercée par les émissions sanguines sur quelques-uns des désordres fonctionnels les plus saillants qu'on observe dans le cours des fièvres; et d'avance disons que, dans un grand nombre de cas, ces désordres de fonctions, ainsi examinés un à un, se sont trouvés être beaucoup moins modifiés par les saignées, qu'on n'eût été porté à l'admettre *à priori*.

C'est ainsi que, chez un grand nombre de nos malades, l'anorexie, le mauvais goût de la bouche, ne diminuèrent pas après qu'on leur eut ouvert la veine ou qu'on leur eut appliqué des sangsues, soit sur les parois abdominales, soit à l'anus (obs. CIX, CX, CXII, CXIII, CXIV, CXV, CXVI, CXVII, CXVIII, CXIX, CXX, CXXI, CXXII).

Dans plusieurs cas où existait une douleur assez vive, augmentant par la pression, soit à l'épigastre, soit à la région iléo-cœcale, soit autour de l'ombilic, soit dans toute l'étendue de l'abdomen, les émissions sanguines ont été immédiatement suivies de la disparition de cette douleur (obs. C, CXI, CXIV, CXVII, CXXII). Chez le sujet de l'obs. C, une saignée générale fut seulement pratiquée. Sur les quatre autres, des sangsues furent appliquées, soit à l'anus, soit sur les parois abdominales. Le sujet de l'obs. CXXII avait à l'épigastre une douleur très-vive, qui ne se fit plus sentir dès que cette région eut été couverte de sangsues. Le sujet de l'obs. CXI accusait dans tout l'abdomen des douleurs qui s'étaient exaspérées à la suite de l'administration d'un vomitif; il présenta cette particularité, que les sangsues, au lieu d'être appliquées sur le ventre ou à l'anus, furent mises sur chaque partie latérale du thorax, pour combattre une toux pénible qui avait lieu; le lendemain de cette appli-

cation de sangsues faite en un lieu insolite, il n'y avait plus de trace de la douleur abdominale.

Mais, dans tous les cas où nous avons rencontré cette douleur, il s'en faut qu'on soit ainsi parvenu à l'enlever par des émissions sanguines. Elle devint seulement moins intense, mais ne disparut pas, à la suite d'une saignée générale, chez le sujet de l'obs. CXVI. Elle persista dans toute sa force chez les sujets des obs. CXVIII, CXXXI, dont la veine fut ouverte, mais qui n'eurent pas de sangsues. Chez le malade dont il est question dans l'obs. CXXXV, la douleur générale dont l'abdomen était le siége persista aussi, après qu'une saignée générale eut été pratiquée; mais elle disparut à la suite d'une application de sangsues à l'anus.

Les différents aspects que présente la langue dans les fièvres peuvent se trouver bien diversement modifiés à la suite des émissions sanguines, ainsi que le résumé suivant va nous le montrer.

1er CAS.

Langue couverte d'un enduit blanc ou jaune, sans trace de rougeur, et avec conservation de son humidité.

Dix-neuf individus présentaient cet aspect de la langue, lorsque chez eux des émissions sanguines commencèrent à être pratiquées.

Chez dix d'entre eux, la langue ne changea pas d'aspect à la suite des saignées; elle conserva l'enduit qui la recouvrait (obs. IV, XXXIV, XL, CII, CXII, CXVI, CXXI, CXXVI, CXXVIII, CXXX, CXL).

Chez sept autres, on remarqua immédiatement après que des émissions sanguines eurent été pratiquées, un changement bien remarquable dans l'aspect de la langue; elle rougit tout à coup, ou bien se sécha et noircit (obs. XIV, XV, XVIII, XXXII, CXXXVII, CXLIII).

Enfin, chez deux seulement de ces dix-neuf individus, la langue, à la suite des saignées, se dépouilla de son enduit pour reprendre son aspect naturel (obs CXI, CXXXV), et encore faut-il remarquer que, chez le sujet de l'obs. CXI, ce retour de la langue à son état normal n'eut pas lieu subitement.

IIe CAS.

Langue rouge, avec ou sans mélange d'enduit, et conservation de son humidité (1).

Vingt-trois individus présentaient cet aspect de la langue, lorsqu'ils commencèrent à être traités par les émissions sanguines.

Chez huit d'entre eux, la langue ne se modifia pas à la suite des saignées (obs. I, VII, VIII, XXI, CI, CXX, CXXIV, CXXXIII).

Chez trois autres, elle se sécha immédiatement après que les individus eurent perdu du sang (obs. XVII, XIX, CXX, CXXXII). Chez le sujet de l'obs. CXXII, elle se sécha aussi à la suite de deux saignées pratiquées coup sur coup. Cependant, malgré ce signe fâcheux, on en fit une troisième, à la suite de laquelle la langue, non-seulement recouvra son humidité, mais perdit sa rougeur.

Chez le sujet de l'obs. CXLVI, la langue se couvrit d'un enduit jaunâtre épais, après que, chez lui, la veine eut été ouverte.

Enfin, chez dix de ces vingt-trois individus, les émissions sanguines furent rapidement suivies du retour de la langue à son état normal (obs. XXXV, CVI, CXIII, CXIV, CXV, CXVI, CXVIII, CXIV, CXXIV, CXXXVIII). Chez les sujets des obs. XXXV, CVI, CXXXVIII, des sangsues furent appliquées à l'anus (obs. XXXV, CXXXVIII); sur les parties latérales de la poitrine (obs. CVI). Chez les autres, on ne pratiqua que des saignées générales.

IIIe CAS.

Langue sèche, soit avec couleur rouge uniforme, soit avec pâleur, soit avec présence d'enduits blancs ou jaunes à sa surface.

Dix-neuf individus présentaient cet aspect de la langue, lorsqu'ils furent saignés.

Chez quatre d'entre eux, la langue ne se modifia pas à la suite de l'émission sanguine (obs. II, III, XXIX, CXXXI). Chez un cinquième

---

(1) Nous comprenons dans ce second cas, 1o les langues qui, dans toute leur étendue, sont d'un rouge uniforme plus ou moins vif, sans qu'aucun enduit les recouvre; 2o celles qui offrent un enduit blanc ou jaune pointillé de rouge; 3o celles qui, blanches ou jaunes à leur centre, présentent de la rougeur sur leurs bords ou à leur pointe.

(obs. XLV), la langue s'humecta d'abord à la suite d'une application de sangsues à l'anus; puis elle ne tarda pas à reprendre sa sécheresse, qu'une seconde application de sangsues ne fit pas disparaître.

Chez dix sujets, la langue devint plus sèche, ou noircit, à la suite de la saignée (obs. XI, XXIV, XXVI, XXX, XXXIII, XXXVI, CX, CXXIX, CXLII, CXLV). Chez le sujet de l'obs. XXXVI des applications de sangsues furent faites plusieurs jours de suite à l'épigastre.

Chez quatre sujets seulement, la langue s'humecta, immédiatement après l'émission sanguine (obs. C, CVII, CIX, CXIX). Chez le sujet de l'obs. CIX, la sécheresse de la langue ne disparut pas, après la première perte de sang. Loin de là, la langue commença par devenir plus sèche à la suite d'une première application de sangsues à l'anus; elle s'humecta, mais échangea l'enduit jaune qui la recouvrait contre une teinte d'un rouge vif après une saignée générale; elle reprit enfin son état normal, à la suite d'une deuxième application de sangsues à l'anus.

IV[e] CAS.

Langue fuligineuse, avec ou sans encroûtement des lèvres et des dents (1).

Quatre individus seulement ont été soumis aux émissions sanguines, avec un pareil aspect de la langue.

Chez trois d'entre eux, cet aspect persista après la saignée. Toutefois chez l'un de ces trois individus la langue, sans avoir perdu sa teinte noire, parut plus humide le lendemain du jour où une application de sangsues eut été faite à l'anus, et, comme sur-le-champ on commença l'emploi d'une médication tonique, les effets ultérieurs de l'émission sanguine relativement à la langue ne purent plus être appréciés.

Chez le quatrième sujet (obs. VI) les fuliginosités de la langue augmentèrent, après que quinze sangsues eurent été appliquées à l'anus.

Quarante-cinq malades ont été soumis à des émissions sanguines,

---

(1) Depuis que ces observations ont été recueillies, nous avons souvent essayé l'application des sangsues à l'anus et surtout à l'épigastre chez les individus dont la langue était sèche et noire, ou seulement visqueuse et brune; et le souvenir général qui nous est resté de semblables essais, c'est que, dans la très-grande majorité des cas, les émissions sanguines n'exercent au moins aucune influence favorable sur cet état de la langue. C'est là, d'ailleurs, ce qu'a établi M. Broussais.

pendant qu'existait chez eux une diarrhée plus ou moins abondante.

Sur ces quarante-cinq individus, il y en a dix-neuf chez lesquels la veine a été ouverte une ou plusieurs fois, et vingt-six autres chez lesquels des sangsues ont été appliquées en divers points, dans dix-neuf cas à l'anus (une ou plusieurs fois), dans trois cas sur les parois abdominales, dans quatre cas ailleurs que sur l'abdomen ou à l'anus, soit derrière les oreilles, soit au cou, soit sur la poitrine.

Étudions successivement l'influence exercée sur la diarrhée par ces divers modes d'émissions sanguines.

1° *Saignée générale.*

Elle n'a exercé aucune influence sur la diarrhée chez les sujets des obs. III, IX, XXX, XLIII, CXIII, CXVI, CXX, CXXII, CXXV, CXXVIII, CXXXI.

Elle a été suivie d'une légère diminution du cours de ventre, mais elle ne l'a pas fait cesser chez les sujets des obs. XVII et CXVII.

Enfin la diarrhée a augmenté à la suite de l'ouverture de la veine chez les sujets des obs. XIX, XXII, CIX, CXXIII, CXLIII.

Ajoutons que chez quelques malades qui n'avaient pas de dévoiement au moment où on les saigna, l'ouverture de la veine n'empêcha pas ce dévoiement de s'établir (obs. XXXII, CXIV, CXXXV.)

2° *Application de sangsues.*

Faite à l'anus, cette application n'a pas empêché la diarrhée de persister chez les sujets des obs. VIII, XXXV, XXXVII, XLV, CXXIX, CXXXV, CXLIV.

La diarrhée a augmenté à la suite de cette application chez le sujet de l'obs. CXLIII.

Elle a diminué chez les sujets des obs. CI, CVII, CIX, CXI, CXIII, CXXIII.

Elle a cessé, immédiatement après l'application des sangsues, chez les sujets des obs. CX, CXII, CXVI, CXXXVIII.

Appliquées dans trois cas sur les parois abdominales, une fois à la région iléo-cœcale et deux fois à l'épigastre, les sangsues, dans aucun de ces trois cas, n'ont exercé d'influence sur la diarrhée (obs. XXIII, CXVII, CXXIV).

Enfin dans les quatre cas où l'application de sangsues a été faite ailleurs que sur l'abdomen ou à l'anus, il n'en est non plus résulté aucune modification du cours de ventre (observations IX, XV, CXLI).

Ainsi, sur vingt-six individus qui perdent du sang par d'autres voies que par l'anus, il n'y en a aucun chez lequel la diarrhée cesse; chez

deux seulement elle subit une diminution légère, et chez plusieurs elle augmente.

Sur dix-neuf individus qui perdent du sang par l'anus, nous en trouvons dix chez lesquels la diarrhée diminue ou cesse immédiatement ; elle augmente chez un seul, mais il y en a encore sept chez lesquels elle persiste.

Une hémorragie intestinale eut lieu chez le sujet de l'obs. XXX, après qu'il eut été saigné plusieurs fois de suite.

Le météorisme, qui, dans les fièvres graves, a été souvent regardé comme un simple produit de l'irritation intestinale (1), est un des phénomènes de ces maladies contre lesquels les émissions sanguines nous ont paru être le moins avantageuses. On en jugera par les résultats suivants.

Pratiquées pendant que le météorisme existait, les émissions sanguines ne l'ont pas fait cesser, ou ne l'ont pas même empêché d'augmenter (obs. III, XXIV, XXXIII, CXLIII). Chez les sujets des obs. III, XXIV, XXXIII, des sangsues appliquées à l'anus, chez celui de l'obs. XXXIII elles furent placées au cou, et de plus chez le sujet de l'obs. III la veine fut ouverte.

Pratiquées à une époque où le météorisme n'existait point encore, les émissions sanguines, soit générales, soit locales, ont été rapidement suivies de l'apparition de cet accident chez les sujets des obs. II (saignée et sangsues à l'anus), VII (saignée), XIII (sangsues au cou), XVI (*idem*), XVIII (*idem*), XIX (saignées générales répétées), XXI (sangsues à l'anus et sur la poitrine), XXII (saignée et sangsues sur la poitrine), XVI (sangsues à l'anus), XXX (saignée générale), XXXII (*idem*), XXXVI (sangsues à l'anus), XXXVII (*idem*), CXXXI (saignée générale), CXXXII (saignée générale et sangsues à l'anus), CXXXV (saignée générale).

Nous noterons d'ailleurs que sur les soixante-quatorze malades auxquels des émissions sanguines ont été pratiquées, il n'y a que les seize individus précédents chez qui nous ayons vu le météorisme paraître à la suite de ces émissions ; il serait donc au moins très-prématuré de dire qu'elles ont concouru à sa production, et tout ce qu'on peut conclure, c'est que, dans ces seize cas, les émissions sanguines n'ont pas empêché

---

(1) Nous avons discuté plus haut cette opinion, contre laquelle plus d'une objection peut être faite.

le développement du météorisme. Nous verrons plus bas comment ce phénomène s'est modifié, chez nos malades, sous l'influence d'un traitement tout différent du traitement antiphlogistique.

Le mouvement fébrile n'a brusquement cessé, à la suite des émissions sanguines, que chez un très-petit nombre de malades qui les ont subies (obs. CVI, CVII, CX, CXI, CXII, CXVII, CXVIII).

Chez d'autres, la fièvre a seulement diminué, à la suite de la perte de sang (observations IV, XCIV, CXXII, CXXV, CXXX, CXXXVIII).

Chez quelques-uns, elle s'est montrée plus intense immédiatement après la saignée (obs. IX, XV, CXIX, CXXIII).

Ce qu'on observa surtout chez plusieurs, ce fut une accélération de plus en plus grande du pouls, à mesure qu'on répéta les émissions sanguines, ou immédiatement après qu'une seule saignée eut été pratiquée (obs. VIII, XIV, XV, XXXVI, XXXVII, XLIII).

Mais chez le plus grand nombre, le mouvement fébrile n'a présenté, à la suite de la perte de sang, aucune modification immédiate et qu'on pût lui rapporter. Il a persisté comme auparavant : puis, sans avoir paru en aucune façon directement influencé par la saignée, il a peu à peu ou augmenté ou diminué (obs. I, II, III, VII, XI, XVI, XVIII, XXV, XLV, CIX, CXIII, CXIV, CXV, CXVII, CXIX, CXX, CXXI, CXXIII, CXXIV, CXXVI, CXXVII, CXXVIII, CXXIX, CXXX, CXXXIII).

Les symptômes nerveux qu'ont présentés nos malades ont été souvent combattus par les émissions sanguines. Il s'en faut que l'emploi de ce moyen ait été constamment suivi d'heureux résultats, ainsi qu'on va le voir.

Ces symptômes n'ont pas diminué à la suite d'émissions sanguines plus ou moins répétées chez les sujets des obs. II, III, VIII, XII, XXIII, XXXIII, CXL.

Ils se sont amendés chez les sujets des obs. CXVII, CXVIII, CXX, CXXXIII, CXXXVIII.

Ils se sont exaspérés chez les mêmes sujets des obs. VI, VII, XVII, XXVII, XXX, XXXV, XXXVI, XXXVII, XL, XLIII, CXXXVII, CXLII, CXLIII, CXLIV, CXLV.

Ainsi sur vingt-sept individus qui sont saignés pendant qu'ils présentent ces troubles divers de l'innervation, dont chaque observation particulière retrace les particularités, il y en a seulement cinq chez lesquels les désordres nerveux diminuent; chez sept ces désordres ne paraissent être en aucune façon influencés par la saignée, et chez quinze il s'ag-

gravent immédiatement après que les individus ont subi une ou plusieurs pertes de sang.

Si nous voulions sortir du cercle des faits particuliers que contient ce volume, nous dirions que, dans beaucoup d'autres cas semblables où nous avons essayé aussi d'opposer les émissions sanguines aux symptômes nerveux des fièvres graves, nous sommes arrivés aux mêmes résultats et toujours nous avons vu ces symptômes céder quelquefois aux saignées, mais le plus souvent leur résister, et tantôt d'ailleurs ne pas simplement s'amender, tantôt aussi s'exapérer d'une manière notable à la suite de chaque émission sanguine. De pareils faits se sont présentés si fréquemment à notre observation, qu'il nous est resté la conviction profonde, que non-seulement les saignées répétées ne font pas toujours cesser les symptômes nerveux des fièvres graves, mais que plus d'une fois elles exercent une influence directe sur l'exaspération de ces symptômes. Et notez bien que cette exaspération n'a pas lieu seulement dans les cas où les individus sont prostrés et plongés dans la stupeur, ou chez eux, en un mot, prédomine ce qu'on a appelé l'état adynamique; cette exaspération, à la suite des émissions sanguines, se montre également chez plusieurs sujets dont les forces sont loin de paraître épuisées, qui présentent du délire, diverses aberrations de la sensibilité ou de la motilité, et chez lesquels, en un mot, prédomine surtout ce qu'on a appelé l'état ataxique.

Il nous a paru aussi que, dans presque tous les cas, lorsqu'on n'obtient aucune amélioration, ou que les symptômes nerveux augmentent à la suite des deux premières émissions sanguines, il y a danger à les répéter encore.

Mais ce n'est pas tout : les observations consignées dans ce volume nous ont montré un certain nombre de cas dans lesquels les symptômes nerveux se sont développés immédiatement après que les malades avaient été saignés. C'est ce qui est arrivé chez les sujets des obs. I, IV, XIV, XV XXII, XXIV, XXV, XXVI, XXXII, XXXIV, CXXX, CXXXI, CXXXII, CXXXV, CXLVI.

De ces derniers faits tirerons-nous simplement la conséquence que les saignées, à une époque où l'innervation n'offre encore aucun désordre, n'empêchent pas cette fonction de se troubler plus tard? Ces faits ne nous porteront-ils pas aussi à rechercher si, dans certains cas, la perte de sang que subit un individu n'est pas la cause directe, immédiate, des désordres d'innervation qu'il vient à présenter? Ce que nous avons vu à cet égard ne nous permet guère de douter qu'il en soit quelquefois

ainsi. Mais, pour résoudre définitivement de pareilles questions, combien de faits n'est-il pas encore nécessaire d'accumuler?

Il est d'ailleurs bien d'autres phénomènes des fièvres graves à l'occasion desquels doivent se reproduire les questions que nous venons de poser. Quelle influence, par exemple, les émissions sanguines exercent-elles sur les épistaxis, qui si souvent apparaissent à diverses périodes de ces maladies? En relisant, sous ce rapport, nos observations, nous trouvons un certain nombre de cas dans lesquels les hémorragies nasales sont survenues après que des émissions sanguines plus ou moins abondantes avaient été pratiquées (obs. XIX, CXIV, CXXXIII, CXXXIX, CXLV). Nous trouvons d'autres cas dans lesquels, malgré les saignées employées pour les combattre, les épistaxis semblent devenir de plus en plus fréquentes à mesure qu'on revient à l'ouverture de la veine ou à l'application des sangsues (obs. XXVI, CXXVII).

Des épistaxis nous rapprocherons les pétéchies, relativement à l'influence que les émissions sanguines peuvent exercer sur ces petites hémorragies cutanées. Elles survinrent après qu'on eut pratiqué des saignées, chez les sujets des obs. XVII, XXIV, XLIV, CXXII, CXXIII, XXXIV, CXXV, CXXVI, CXXVII, CXXXII, CXXIX, CXVXIII, CXXXIV, CXXXVI, CXLIV, CXLV. Dans aucun cas les saignées ne nous ont paru contribuer à les faire disparaître. Un fait que nous avons cité plus haut prouve d'ailleurs d'une manière non douteuse l'influence que peut avoir une perte abondante de sang sur la production des pétéchies. Notons, du reste, que, dans nos observations, nous les avons vues couvrir la peau avec une fréquence à peu près égale, et chez ceux qui avaient été saignés, et chez ceux qui ne l'avaient pas été.

§ III. TRAITEMENT PAR LES ÉVACUANTS.

Quarante-six de nos malades ont été soumis à ce traitement, dix ont pris seulement des purgatifs, et trente-six ont pris des substances vomitives, le plus souvent seules, et quelquefois unies à des cathartiques.

Chez les dix individus qui n'ont été que purgés, on a observé les résultats suivants :

Un seul en a éprouvé une influence salutaire (obs. LXXXV); mais ce sujet se trouvait placé dans des conditions toutes spéciales. La cause de la fièvre et des autres symptômes graves qui existaient chez lui résidait dans une ancienne accumulation de matières fécales, et on le guérit en l'en débarrassant.

Chez quatre autres (obs. CVIII, CXXIII, CXXXII, CXLIX), les purgatifs administrés soit au début de la maladie, soit pendant son cours, n'en enrayèrent point la marche, mais ils ne parurent pas non plus exercer sur elle une influence directement nuisible. Toutefois dans ces quatre cas la maladie se termina par la mort.

Chez cinq autres sujets, l'administration des purgatifs, donnés par la bouche ou en lavement, fut suivie d'une exaspération plus ou moins immédiate des symptômes (obs. XIV, XXXIV, XXXVI, XL, XLI). L'individu dont il est question dans l'obs. XXXIV prit un grand nombre de laxatifs pendant toute la durée de sa maladie. Chez ces cinq sujets l'affection se termina aussi par la mort.

De trente-six malades qui prirent spécialement des substances vomitives, trois n'éprouvèrent de ces médicaments aucune modification notable (obs. CI, CIII, CV,); onze virent leur état s'aggraver, soit immédiatement (obs. IV, X, XV, XLIV, CVII, CXXVI, CXXXVI, CXLVI), soit après un amendement qui ne fut que passager (obs. X, CVI, CXXXIX). Vingt-deux guérirent rapidement après avoir pris le tartre stibié ou l'ipécacuanha (obs. LXXX, LXXXI, LXXXII, LXXXIII, LXXXIV, LXXXVI, LXXXVII, LXXXVIII, LXXXIX, XC, XCI, XCII, XCIII, XCIV, XCV, XCVI, XCVII, XCVIII, XCXIX, C, CII, CIV).

Dans la plupart des cas de cette troisième série, le changement en bien qui suivit l'administration du vomitif fut si prompt, si tranché, qu'il est impossible de se refuser à admettre que la médication n'ait eu ici une part active à la guérison. Mais gardons-nous de croire que ce soit dans une aussi forte proportion qu'existent réellement les cas de guérison par les vomitifs. Cette proportion ne s'est montrée aussi considérable dans nos observations que parce qu'ayant dessein de prouver que non-seulement ces vomitifs sont souvent sans danger, mais que leur efficacité est parfois très-grande, il nous a bien fallu choisir, au milieu d'un très-grand nombre de faits, ceux dans lesquels cette efficacité pouvait être le moins contestée. Que si nous avions publié tous les cas observés par nous, dans lesquels des vomitifs ont été donnés, nous en eussions trouvé un grand nombre où nous aurions vu la maladie n'être pas plus influencée par les émétiques qu'elle ne l'a été dans d'autres cas par les émissions sanguines. Nous aurions trouvé aussi un nombre d'individus plus considérable que le nombre que nous avons cité, chez lesquels a été très-nuisible l'administration des vomitifs.

Des résultats de chiffres donnés par les observations que contient ce

volume, il ne faudrait donc pas conclure que le traitement par les vomitifs guérit dans une proportion plus grande que d'autres traitements. Mais les conséquences qu'on doit en tirer, c'est que les vomitifs peuvent être impunément administrés dans un certain nombre de cas, et que dans d'autres ils sont suivis d'une amélioration que vainement on avait cherché à obtenir, soit par la simple méthode expectante, soit même par les émissions sanguines. Quels sont maintenant les cas dans lesquels il convient d'avoir recours aux vomitifs? C'est ce que va nous apprendre l'examen de l'influence exercée par ces médicaments sur les principaux symptômes des fièvres.

Il est peu de désordres fonctionnels des voies digestives que nous n'ayons vus, dans nos observations, disparaître promptement à la suite de l'administration d'un vomitif.

Ainsi l'anorexie, le mauvais goût de la bouche ont cessé après que des vomissements eurent été provoqués, chez les sujets des obs. LXXX, LXXXI, LXXXIII, LXXXIV, LXXXV, LXXXVI, LXXXVII, LXXXVIII, LXXXIX, XC, XCI, XCII, XCIII, XCIV, XCV, CXXXII.

Les nausées, les vomissements qui tourmentaient les malades des obs. LXXXII, XCVI, XCVII, XCIX, ne se montrèrent plus, une fois qu'ils eurent pris un vomitif.

A la suite de l'emploi de ce même moyen, nous vîmes s'évanouir la douleur à l'épigastre, la gêne ou la pesanteur vers la même région, dont se plaignaient les individus dont il est question dans les obs. LXXX, LXXXIII, XC, XCVI).

Les malades qui font le sujet des obs. IV, X, XI, XXXIV, XL, LXXX, LXXXI, LXXXII, LXXXIII, LXXXIV, LXXXV, LXXXVI, LXXXVII, LXXXVIII, LXXXIX, XC, XCI, XCII, XCIII, XCIV, XCV, XCVI, XCVII, C, CXXVI, avaient la langue couverte d'un enduit blanc ou jaune plus ou moins épais, sans mélange d'aucune rougeur, sans contraction de son tissu charnu et avec conservation de son humidité, lorsqu'ils prirent soit un simple vomitif, soit plus rarement un éméto-cathartique.

Chez deux seulement de ces vingt-cinq malades (obs. XI, CXXVI), l'état de la langue devint plus mauvais après le vomitif; elle rougit et se sécha.

Chez six de ces mêmes malades, la langue resta ce qu'elle était avant que le vomissement n'eût été provoqué (obs. IV, XXXIV, XL, XCI, XCII, CII).

Chez les dix-sept autres, la langue reprit en vingt-quatre ou trente-six

heures son aspect naturel (observations x, lxxx, lxxxi, lxxxii, lxxxiii, lxxxiv, lxxxv, lxxxvi, lxxxvii, lxxxviii, lxxxix, xciii, xciv, cxvi, xcvii, xcviii, cxix).

La langue était couverte d'un enduit blanchâtre uniforme, comme chez les précédents, et de plus elle présentait un commencement de sécheresse chez le sujet de l'obs. cxxxix; on lui donna aussi un vomitif, et la langue revint rapidement à son état normal.

Au lieu d'être blanche ou jaune, sans mélange de rougeur, la langue offrait soit une rougeur uniforme sans enduit, soit une teinte rouge de la pointe, des bords ou du centre, avec enduit sur ses autres parties, soit enfin un pointillé rouge général, chez les sujets des obs. dc, c, ci, cii, ciii, civ, cv, cvi, cxxxvi, cxliv.

Malgré un pareil état de la langue, ces dix sujets furent également traités par les vomitifs.

Chez quatre de ces dix sujets (obs. xc, c, cxxiv, cxxxvi), la langue reprit son aspect naturel, peu de temps après qu'un émétique leur eut été donné, mais avec des circonstances qu'il est important de rappeler. Ainsi, chez le sujet de l'obs. c, la langue présentait une blancheur pointillée de rouge avec commencement de sécheresse; celle-ci disparut à la suite d'une saignée; ce fut alors qu'on donna un émétique qui purgea sans faire vomir. Chez le sujet de l'obs. cxxxvi, à la vérité, la langue perdit de sa rougeur après que le malade eut vomi; mais tout le reste s'aggrava. Chez le sujet de l'obs. cxxiv, dont la langue présentait deux bandes blanches latérales avec rougeur lisse de son centre, cette langue ne reprit son aspect naturel qu'après que se fut établie une sueur abondante à la suite de vomissements provoqués par six grains d'ipécacuanha.

Chez trois de ces dix mêmes malades, la langue ne subit aucun changement à la suite de l'administration du vomitif (obs. ci, ciii, cv).

Enfin chez les trois autres, la langue rougit davantage ou se sécha après que les malades eurent pris un vomitif (obs. xciv, cvi, cxlvi).

Une diarrhée plus ou moins abondante existait chez seize individus, lorsqu'on les fit vomir (obs. iv, x, lxxxvi, lxxxvii, lxxxviii, lxxxix, xc, xci, xcii, xciii, xciv, xcv, ci, cii, cvii, cxxxix).

Chez deux seulement de ces seize individus, la diarrhée ne fut pas modifiée (obs. xcvi, ci).

Chez les quatorze autres, elle se suspendit; mais cette suspension n'eut pas toujours lieu de la même manière : tantôt la diarrhée cessa

brusquement, et ne reparut plus, tantôt elle continua encore vingt ou trente heures, puis elle cessa. Dans plusieurs cas, elle parut plus abondante le jour même de l'administration de l'émétique, et le jour suivant elle disparut. D'autres fois, après avoir cessé immédiatement après que le vomissement eut été provoqué, elle reparut le lendemain ou le surlendemain, mais cette réapparition ne fut que momentanée. D'autres fois enfin, après s'être suspendue pendant les trente ou quarante heures qui suivirent le vomissement, elle se reproduisit et persista.

La diarrhée parut à la suite de l'administration d'un vomitif, chez les sujets des obs. XI, XIII, XV, CXXIII. Après avoir existé au commencement de la maladie, et avoir spontanément cessé, elle se montra de nouveau à la suite de l'administration du même médicament chez les sujets des obs. CXXVI, CXXXVI.

On a beaucoup insisté dans ces derniers temps sur les cas dans lesquels, après un vomitif, les désordres fonctionnels des voies digestives viennent à se compliquer de fièvres; mais préoccupé qu'on était de la nocuité constante des émétiques, on a négligé de parler d'autres cas remarquables dans lesquels au contraire cette fièvre disparaît à la suite d'un vomitif. C'est cependant ce que nous ont montré plusieurs de nos observations (LXXXI, LXXXII, LXXXIII, LXXXIV, LXXXIX, XC, XCII, XCIII, XCIV, XCV, XCVI, XCVII, XCVIII, XCIX, CI, CIII). Parmi les sujets de ces observations, ceux des obs. LXXXIV, XC, XCIII, CIV, eurent des sueurs abondantes après avoir vomi; mais ceux des autres observations ne suèrent pas. Chez tous, le mouvement fébrile cessa le même jour ou le lendemain de l'administration du vomitif.

A côté de ces observations, qui montrent l'heureuse influence que peut dans certains cas exercer un vomitif sur le mouvement fébrile, nous en citerons d'autres (obs XCII, CI, CIII, CVI, CVII, CVIII, CXXVI, CXXXVI, CXXXIX, CXLVI), dans lesquels la fièvre persiste ou augmente après que des vomissements ont été provoqués. Chez quelques-uns des individus dont il est question dans ces observations, il y eut d'abord une sorte de bien-être, une amélioration apparente le jour même où le vomitif fut donné; mais le lendemain le mouvement fébrile avait repris toute son intensité. Chez le sujet de l'obs. CXLVI, ce fut à la suite de l'administration de deux grains d'émétique qu'apparurent des accès qui ressemblaient à ceux d'une fièvre pernicieuse.

Toutes les fois que des symptômes nerveux graves existaient, nous n'avons pas vu qu'ils étaient améliorés par l'emploi des émétiques ou

des purgatifs. Tantôt ils ont simplement persisté, tantôt ils ont augmenté immédiatement après l'emploi de ces moyens. Les obs. IV, XXXIV, XL, XLI, XLIV, CXXVII, CXXXVI, CXLVI, sont bonnes à méditer sous ce rapport.

Des différents faits que nous venons de rappeler, quelles conséquences tirerons-nous? C'est que, malgré l'étrange abus qu'on a fait des évacuants, leur emploi ne doit pas être généralement proscrit, et qu'il est des cas dans lesquels leur utilité ne saurait être révoquée en doute. S'il est un fait dont nous soyons convaincus en médecine, c'est l'amélioration subite qui suit parfois l'administration d'un vomitif ou d'un purgatif chez les individus qui présentent d'une manière nette les symptômes de cette affection qu'on appelle embarras gastrique ou intestinal. Un autre fait qui ne nous est pas moins démontré, c'est que le mouvement fébrile qui peut accompagner ces symptômes disparaît souvent avec ceux-ci, après que des vomissements ont été provoqués. Vers la fin de l'été dernier dans lequel a singulièrement prédominé la constitution froide et humide (année 1829), nous avons trouvé de fréquentes occasions d'administrer l'émétique avec le plus grand avantage dans des cas pareils à ceux dont nous venons de parler. Nous nous bornerons à citer en particulier les deux cas suivants, qui ressemblent d'ailleurs à d'autres que nous avons déjà cités dans ce volume.

Une femme de moyen âge est reçue à l'hôpital Cochin dans le cours du mois de septembre 1829. Elle se plaint d'une forte céphalalgie, de douleurs dans les articulations et en divers points des parois thoraciques. La face exprime l'abattement, et la couleur rouge des pommettes contraste avec la teinte jaune du pourtour des yeux, des ailes du nez et des lèvres. Un enduit jaune épais couvre la langue; des nausées continuelles tourmentent la malade; l'épigastre est indolent, les selles sont rares, le pouls est fréquent, la peau chaude. Cet état persiste pendant quatre jours; la malade s'affaisse, il y a tendance à l'adynamie; au bout de ce temps deux grains d'émétique sont administrés, plusieurs vomissements ont eu lieu. Le lendemain nous trouvons pour la première fois la malade sans fièvre; les nausées n'existent plus, les douleurs ne se font plus sentir; la langue reste encore un peu chargée. Les jours suivants elle est très-bien.

Un maître d'hôtel se présente à nous avec tous les symptômes de la fièvre dite bilieuse: céphalalgie sus-orbitaire des plus pénibles; douleurs contuses dans les articulations et vers les lombes; continuelles envies

de vomir, et de temps en temps quelques vomissements peu abondants; langue très-blanche, large, sans aucune rougeur; saveur d'amertume insupportable dans la bouche; sensation de gène à l'épigastre; constipation, pouls fréquent et dur; peau chaude, et chaque soir violent redoublement fébrile, pendant lequel la céphalalgie augmente d'une manière atroce; ce redoublement se termine chaque matin par une sueur très-abondante. Nous faisons pratiquer une saignée du bras; aucun amendement n'a lieu. Une application de sangsues à l'anus n'est pas suivie de plus d'avantage. Six jours se passent ainsi, et l'état du malade ne s'est point amélioré; le mouvement fébrile est toujours des plus intenses.

Cependant le malade nous raconte qu'il y a quelques années il a eu une affection semblable, et qu'il n'en a été guéri qu'après qu'on l'a fait vomir; il nous demande avec instance d'avoir recours au même moyen; nous lui donnons en effet deux grains d'émétique; il vomit une très-grande quantité de bile verte. Dans le reste de la journée, il n'a plus de nausées, le soir le redoublement fébrile manque; le lendemain matin nous le trouvons sans fièvre, et le surlendemain il est convalescent (1).

L'observation ne nous permet donc pas de douter que dans certains états morbides, avec ou sans fièvre, reconnaissables à des symptômes bien tranchés, les émétiques, donnés à dose vomitive, ne puissent être d'une utilité réelle. Leur efficacité dans ces cas nous semble être un des plus forts arguments contre la doctrine qui explique tout désordre fonctionnel de l'estomac par une irritation gastrique, et toute fièvre continue par une gastro-entérite. Les théories anciennes, d'après lesquelles on se rendait compte du succès des vomitifs en supposant que ces agents débarrassaient l'estomac des saburres qui y étaient accumulées, ne nous paraissent pas d'ailleurs plus admissibles. Plusieurs faits que nous avons cités nous semblent effectivement démontrer que l'existence de ces saburres gastriques est au moins fort hypothétique; nous n'en avons trouvé aucune trace dans l'estomac d'individus qui, jusqu'à l'instant de leur mort, avaient présenté cet ensemble de symptômes,

---

(1) Depuis que nous avons publié ces observations dans la seconde édition de notre *Clinique*, nous en avons accueilli beaucoup d'autres semblables, et nous restons convaincus que les éméto-cathartiques peuvent être administrés avec le plus grand avantage dans les cas pareils à ceux qui viennent d'être rapportés.

que Stoll, par exemple, aurait expliqués par la présence de saburres dans l'estomac.

Peut-être comprendrait-on mieux les avantages des vomitifs, si, au lieu de ne considérer que leur action locale sur l'estomac, on réfléchissait aux modifications puissantes qu'ils impriment à beaucoup d'autres organes, et surtout aux agents d'un grand nombre de sécrétions, à ceux de la circulation et de la respiration, et enfin aux centres nerveux. L'émétique serait donc surtout à nos yeux un moyen perturbateur énergique, qui, changeant simultanément la manière d'être d'un grand nombre d'actes vitaux, produirait dans l'économie une brusque modification, qui, suivant les cas indiqués par l'expérience, serait elle-même salutaire ou nuisible.

§ IV. TRAITEMENT PAR LES TONIQUES ET LES EXCITANTS.

Quarante de nos malades ont été soumis à ce traitement. Le quinquina sous toutes les formes, le vin, le camphre, le musc, l'assa-fœtida, l'acétate d'ammoniaque, l'éther, diverses eaux distillées aromatiques, sont les principales substances qui leur ont été données. Plusieurs ont pris en même temps chaque jour une certaine quantité de bouillon de bœuf.

Sur ces quarante individus ainsi traités, il y en a vingt-six chez lesquels la maladie s'est aggravée et s'est terminée d'une manière funeste (obs. VI, VII, XII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, XXXI, XXXII, XXXV, XL, XLIV, XLV, XLVIII, LXI, CXXV). Parmi ces malades, il y en eut quelques-uns chez lesquels pendant les premiers temps de l'administration des toniques, on observa un amendement qui ne fut que passager (obs. XI, XV, XXIX, XXXI).

Chez les quatorze autres, l'état s'améliora après qu'on eut commencé à donner des toniques, et la maladie se termina heureusement. Mais relativement à la part que put avoir la médication excitante sur la guérison, ces quatorze individus doivent être distingués en deux séries : dans la première, nous rangerons ceux chez lesquels on observa un prompt amendement dès que des toniques eurent été donnés (obs. XXXVI, CXXXV, CXXXVIII.) Dans la seconde série, nous comprendrons ceux qui, bien différents des précédents, ne virent leur maladie s'amender que peu à peu, progressivement, comme s'ils avaient été soumis à la simple mé-

thode expectante (obs. CXXXIV, CXXXVI, CXXXVII, CXXXIX, CXL, CXLI, CXLII, CXLIII, CXLIV, CXLV, CXLVI). Si l'on admet que les sujets de la première série ont dû aux toniques l'amélioration qu'ils ont éprouvée, on ne conservera plus de doutes à l'égard des sujets de la seconde série.

Ainsi, en définitive, sur quarante individus traités par les toniques, nous en trouvons vingt-six chez lesquels la maladie s'aggrave pendant l'usage de ces médicaments ; onze chez lesquels, au contraire, elle s'amende pendant que ces mêmes toniques sont administrés, et trois seulement chez lesquels l'amélioration suit de si près le commencement de l'emploi de la méthode excitante, qu'il semble raisonnable de penser que c'est à ce traitement que l'amélioration a été due. Relisez, par exemple, l'observation XXXVI : plusieurs jours de suite, des sangsues sont appliquées à l'épigastre, et de simples délayants sont donnés à l'intérieur ; cependant tout s'aggrave, et l'état adynamique se prononce de plus en plus ; alors on cesse les applications de sangsues, on administre le quinquina, et dès le lendemain on trouve les forces relevées, et une amélioration qui va en augmentant les jours suivants. Encore dans ce cas serait-il possible que le bien eût surtout résulté de la suspension des émissions sanguines. Ajoutons que, dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, il n'y a pas certitude complète que le quinquina ordonné ait été effectivement pris par le malade. Combien de fois, dans le cours de nos recherches cliniques, n'avons-nous pas trouvé encore à peu près intact, près du lit des malades, le pot de boissons à laquelle on attribuait soit le bien, soit le mal qu'ils avaient éprouvé !

Chez les individus traités par les toniques, les divers désordres fonctionnels se sont en général exaspérés ou amendés comme la maladie elle-même, considérée dans son ensemble. Ainsi, pour le mouvement fébrile, pour les symptômes nerveux, nous ne pourrions que répéter ce qui vient d'être dit dans les précédents alinéas. Ici seulement nous rappellerons que, chez le sujet de l'observation CXXXIV, le quinquina fit disparaître des symptômes nerveux fort graves qui, par leur nature et par leur retour périodique, ressemblaient à ceux qui caractérisent un accès de fièvre pernicieuse.

La langue revint à son état naturel, pendant que les toniques étaient administrés, chez les neuf sujets. Ce retour fut rapide chez quelques-uns, lent et progressif chez le plus grand nombre.

Présentant son aspect naturel, lorsqu'on commença à donner les to-

niques, elle continua à offrir cet aspect pendant leur administration, chez quatre sujets.

Elle se sécha, rougit ou noircit, pendant l'administration du quinquina et autres toniques ou stimulants, chez quinze malades.

Elle offrit de remarquables alternatives de sécheresse et d'humidité, de rougeur et de pâleur, chez trois autres individus.

Sèche, rouge, brune ou noire, lorsque les toniques commencèrent à être donnés, elle resta telle chez neuf des malades dont nous avons rapporté l'observation.

Pendant l'administration des toniques, la diarrhée cessa dans trois cas; elle persista dans dix-sept cas; enfin elle apparut dans quatre cas.

Pendant cette même médication, le météorisme cessa dans cinq cas; il augmenta beaucoup dans un cas, il persista cinq fois ; enfin il apparut dans trois autres cas, en même temps que les malades étaient soumis à une médication stimulante.

Nous ne prétendons pas que le résumé que nous venons de présenter fixe définitivement l'opinion des médecins sur le degré d'utilité dont peuvent être les toniques dans les maladies dont il a été question dans ce volume; nous désirons seulement que nos observations appellent sur ce genre de médication l'attention des praticiens, et les engagent à faire, à cet égard, quelques nouvelles recherches : car nous ne pensons pas que tout en soit fini avec une pareille question, et ce n'est certainement point par les seules données de l'anatomie pathologique qu'on peut espérer de la résoudre. Ainsi, nous verons, dans un autre volume, des pneumonies traitées avec succès par une méthode stimulante. Ce n'est plus ici de la seule considération de la lésion locale que se tirent les indications; il en est de même dans une foule d'autres cas. Quelle que soit donc l'importance que nous ayons accordée, dans les *fièvres,* à l'inflammation des voies digestives, nous ne saurions admettre que, dans tous les cas, la thérapeutique doive entièrement se subordonner à cette inflammation. C'est ce qu'avait très-bien senti, il y a déjà plusieurs années, M. Bouillaud, lorsque, tout en établissant que la plupart des fièvres dites adynamiques avaient leur point de départ dans un état phlegmasique de l'intestin, il avait conseillé l'emploi des chlorures pour combattre les modifications consécutives qu'il admettait dans le sang. Nous avons plusieurs fois, dans ces derniers temps, employé ces chlorures, et nous devons dire que, dans plus d'un cas de fièvre typhoïde grave, leur ad-

ministration a coïncidé de la manière la plus remarquable avec un amendement général des symptômes, et a été suivie de la guérison (1).

---

(1) La manière dont nous avons administré les chlorures est la suivante : nous donnions dans chaque pot de tisane quinze à vingt gouttes de chlorure de soude, nous mettions moitié de cette quantité dans les potions, nous en faisions prendre vingt-huit à trente gouttes en lavements, et nous arrosions avec ce même liquide les cataplasmes dont nous couvrîmes l'abdomen. C'est de cette manière que les chlorures ont aussi été administrés par M. le professeur Chomel, qui, l'un des premiers, a employé les chlorures dans le traitement des fièvres typhoïdes.

FIN DU TOME TROISIÈME.

TABLE

DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE.

CLINIQUE MÉDICALE.

CLINIQUE MÉDICALE,

OU

CHOIX D'OBSERVATIONS

RECUEILLIES

A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

(CLINIQUE DE M. LERMINIER)

PAR G. ANDRAL,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

Titulaire de l'Académie royale de Médecine, membre des Sociétés de Médecine de Bogota, d'Édimbourg, de Liége, de Naples, de la Nouvelle-Orléans, médecin de l'hôpital de la Pitié, médecin consultant du roi, chevalier de la Légion d'honneur ; etc.

TROISIÈME ÉDITION, REVUE, CORRIGÉE ET AUGMENTÉE PAR L'AUTEUR.

TOME QUATRIÈME.

—

MALADIES DE L'ABDOMEN.

TOME II.

Nulla est alia pro certo noscendi via nisi quàm plurimas et morborum et dissectionum historias, tùm aliorum, tùm proprias, collectas habere, et inter se comparare.

MORGAGNI, *de Sedib. et Caus. morb.*, lib. IV, procœm.

BRUXELLES,

SOCIÉTÉ TYPOGRAPHIQUE BELGE, AD. WAHLEN ET COMP^e.

H. DUMONT, GÉRANT POUR LA MÉDECINE ET LES SCIENCES ACCESSOIRES.

LONDRES. — DULAU ET COMP^e, LIBRAIRES.

—

1838

CLINIQUE

MÉDICALE.

OBSERVATIONS

SUR LES MALADIES DE L'ABDOMEN.

SUITE DU LIVRE PREMIER.

MALADIES DU TUBE DIGESTIF.

SECTION DEUXIÈME.

MALADIES DU TUBE DIGESTIF DANS LESQUELLES LES SYMPTÔMES LOCAUX SONT SEULS OU PRÉDOMINANTS.

Les observations, consignées dans la section première, nous ont montré plusieurs formes d'inflammations gastro-intestinales, dans lesquelles les symptômes généraux l'emportent de beaucoup, soit par leur nombre, soit par leur gravité, sur les symptômes locaux. Dans cette deuxième section, il ne va plus en être ainsi, et les observations qu'elle contient sont toutes relatives à des cas dans lesquels le siége de la maladie est facilement et clairement indiqué par le siége même des symptômes.

CHAPITRE PREMIER.

OBSERVATIONS SUR LA GASTRITE AIGUE.

Pendant les premières années qui suivirent la publication des travaux de M. Broussais sur les inflammations des voies digestives, la gastrite aiguë fut regardée par beaucoup de médecins comme une affection fort commune, et une foule de maladies aiguës, très-différentes les unes des autres, lui furent rapportées. Cependant des observations plus rigoureuses ne tardèrent pas à démontrer que l'inflammation aiguë de l'estomac n'était point une affection qu'on rencontrât si souvent, et que, dans beaucoup de cas, on en avait très-gratuitement supposé l'existence. Là était le vrai, mais on n'en resta pas là; il se fit bientôt une réaction en sens contraire, et quelques médecins prétendirent que la gastrite aiguë, sauf celle que produisent les poisons corrosifs, était une phlegmasie tellement rare qu'ils étaient encore à en avoir rencontré une seule. Déjà, cependant, dans le premier volume de cet ouvrage, nous avons cité quelques cas dans lesquels le mouvement fébrile et les symptômes de réaction vers le cerveau ne pouvaient s'expliquer que par l'inflammation dont nous trouvions dans l'estomac des traces bien évidentes. Les observations qui suivent, en même temps qu'elles nous démontreront de plus en plus l'existence réelle de cette inflammation, vont nous permettre de l'étudier dans quelques-unes de ses formes les plus importantes.

Ire OBSERVATION.

Vomissements; douleur épigastrique; langue d'abord blanche, puis rouge et sèche, couverte à la fin de plaques de muguet. Mouvement fébrile continuel. Mort après 40 jours de maladie. Membrane muqueuse gastrique rouge et friable.

Une femme, âgée de 27 ans, avait toujours joui d'une bonne santé. Dans les premiers jours du mois de novembre 1830, elle éprouva de vives contrariétés. Dès ce moment, sa digestion, bonne jusqu'alors, se troubla; elle ressentit à l'épigastre une vive douleur, et bientôt tout ce qu'elle prit fut rejeté par le vomissement. Cinq jours se passèrent ainsi; au bout de ce temps, elle s'alita, et elle entra à la maison royale de santé. Voici dans quel état elle se présenta à notre observation.

Sa figure, généralement pâle, présentait, cependant, sur chaque pommette, une

plaque rouge intense ; un cercle noir entourait ses yeux. Elle était très-faible et ne parlait qu'à voix basse. Depuis vingt-quatre heures, elle avait vomi en plusieurs fois près d'une pinte d'une bile porracée, qui lui semblait au passage d'une amertume insupportable. Toutes les boissons qu'elle avait essayé de prendre avaient été immédiatement rejetées. Elle portait continuellement la main à l'épigastre, et accusait en ce point une très-vive douleur; le reste du ventre était indolent et plat; il n'y avait pas eu de selles depuis plus de quatre jours ; la langue était couverte d'un enduit blanc épais, laissant voir au-dessous de lui un grand nombre de points rouges accumulés surtout et plus apparents vers l'extrémité antérieure de l'organe. La malade se plaignait d'être tourmentée par une soif intense, qu'elle n'osait point satisfaire ; les angoisses qui accompagnaient chaque vomissement lui en faisaient craindre singulièrement le retour. Le pouls battait plus de cent douze fois par minute, et dans le même espace de temps l'on comptait vingt-huit respirations. La peau était chaude et sèche.

Nous regardâmes cette femme comme atteinte d'une inflammation aiguë de l'estomac. Nous prescrivîmes sur l'épigastre l'application de quarante sangsues, dont nous fîmes couler les piqûres dans un bain tiède. Une légère infusion de fleurs de mauve fut la seule boisson permise.

Le lendemain il y avait du mieux, les vomissements n'avaient pas cessé ; mais ils étaient plus rares et moins abondants ; la malade avait pu garder un peu de la boisson qu'elle avait prise ; elle souffrait moins du creux de l'estomac ; cependant la fièvre persistait.

Pendant les huit jours suivants, l'état de la malade s'améliora et empira tour à tour. Mais jamais elle ne passa vingt-quatre heures sans vomir tantôt de la bile, tantôt des mucosités blanchâtres ; parfois, après des efforts qui duraient plus d'une demi-heure, elle ne rejetait qu'une gorgée d'un liquide semblable à du blanc d'œuf. Le pouls conservait sa fréquence, et toujours la douleur épigastrique persistait à des degrés variables ; la langue conservait le même aspect. A peine, pendant tout ce temps, put-on obtenir une seule selle à l'aide de lavements répétés. Trente sangsues furent placées une seconde fois à l'épigastre ; plusieurs bains furent donnés.

Au bout de ce temps, nous essayâmes l'usage de la glace, elle ne put pas être supportée, l'eau de Seltz coupée avec de l'eau de gomme n'eut pas plus de succès ; il fallut aussi renoncer à diverses infusions aromatiques, dont nous essayâmes l'administration; bientôt la malade refusa toute chose, et ne voulut plus consentir qu'à prendre, par gorgées, un peu d'eau pure ; il lui semblait que c'était encore ce qui lui passait mieux.

Cependant le dépérissement faisait des progrès ; la malade maigrissait avec une effrayante rapidité ; vers le vingtième jour. la peau cessa d'être chaude, mais le pouls conserva une fréquence habituelle. Vers cette époque, nous appliquâmes sur l'épigastre un vésicatoire dont nous fîmes saupoudrer la surface d'hydrochlorate de morphine. Les vomissements n'en furent point modifiés.

Vers le vingt-sixième jour, la langue perdit l'enduit blanc qui la recouvrait ; elle devint dans toute son étendue rouge et lisse.

Vers le trente-quatrième jour, la langue commença à se couvrir d'une foule de petits points blancs, qui bientôt se montrèrent aussi à la face interne des joues et sur les gencives. Ces points, en se multipliant, ne tardèrent pas à se convertir en larges plaques qui couvrirent, comme un muguet confluent, la langue, tout l'intérieur de la bouche et le voile du palais.

La malade mourut vers le quarantième jour ; les vomissements avaient cessé trois ou quatre jours avant la mort.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Au-dessous de la couche pultacée blanchâtre, qui couvrait la langue et les joues, la membrane muqueuse de ces parties était d'un rouge intense. Le pharynx et l'œsophage étaient à l'état sain. L'estomac, fortement contracté, avait à peu près le volume du colon transverse. Sa surface interne était, dans presque toute son étendue, d'un rouge brunâtre. Cette couleur résidait exclusivement dans la membrane muqueuse, qui avait partout une grande épaisseur, et était en même temps très-friable. A sa face libre, on découvrait une multitude de petits points rouges ou noirâtres qui paraissaient avoir leur siége principal dans les villosités; toutefois, au-dessous de celles-ci, le corps même de la membrane muqueuse était rouge et comme pénétré de sang; nulle part on ne pouvait détacher cette membrane en lambeaux, elle se brisait sous le mors de la pince, et en beaucoup de points elle ressemblait à une pulpe sans consistance. Tel était l'état de la membrane muqueuse dans presque tout l'estomac, si ce n'est près du pylore où elle reprenait sa consistance normale, et où sa couleur n'était plus que grisâtre. Le reste du tube digestif était pâle; on n'y découvrait ni plaques ni follicules isolées.

Les autres organes des trois grandes cavités n'offrirent rien de remarquable, ils étaient tous exsangues.

Voilà un cas où l'inflammation aiguë de l'estomac se montre exempte de toute complication, et où c'est à elle, par conséquent, que doivent être rapportés tous les symptômes observés.

Ces symptômes sont très-tranchés; ils annoncent d'une manière non douteuse et le siége et la nature de la maladie. Pendant toute sa durée, la circulation est troublée ; mais c'est là le seul phénomène sympathique qui ait lieu ; d'abord il y a simultanément accélération du pouls et chaleur de la peau ; mais plus tard, à mesure que l'affaiblissement général augmente, la peau revient à sa température ordinaire, et le trouble de la circulation n'est plus annoncé que par la fréquence du pouls. Ici le mouvement fébrile était évidemment sous la dépendance du travail morbide dont l'estomac était le siége.

Les différents aspects que présenta la langue pendant le cours de la maladie sont dignes d'attention. L'enduit blanc épais qui la recouvrait d'abord aurait pu faire prendre le change sur la véritable nature de l'affection ; mais, au-dessous de cet enduit, la langue avait une vive rougeur ; elle était loin d'être pâle à son pourtour, et ce n'était pas là un de ces cas où l'enduit blanc de la langue peut être combattu et enlevé par un vomitif. Cependant, à mesure que la maladie marcha, la langue se dépouilla de l'enduit qui la recouvrait, et elle prit une teinte rouge uni-

forme. Plus tard, enfin, elle fut envahie par une éruption semblable à celle du muguet, et ce fut là le prélude de la terminaison fatale. Ainsi, les différents changements que subit la langue furent ici en rapport direct avec l'intensité toujours croissante de la maladie, et, quelque divers que fussent les aspects que cet organe présenta tour à tour, ils étaient tous liés à un état phlegmasique de l'estomac.

Il est rare de voir les vomissements persister aussi longtemps et d'une manière aussi continuelle que dans ce cas. Tous les moyens thérapeutiques qu'on leur opposa furent inutiles; ils ne furent pas plus efficaces contre ce symptôme que contre la maladie elle-même qui marcha et s'accrut sans cesse, malgré le traitement antiphlogistique énergique qui fut employé dès les premiers temps de son existence.

IIe OBSERVATION.

Vomissements ; langue rouge et sèche; douleur épigastrique. Fièvre. Trois semaines de maladie. Rougeur et ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac.

Une femme, âgée de 74 ans, entra à l'hôpital de la Pitié le 25 octobre 1832. Quelques jours avant son entrée, cette femme avait été prise d'une vive douleur au creux de l'estomac, et de vomissements. Ces accidents étaient survenus sans cause connue.

Lorsque nous la vîmes, elle était déjà très-faible. La langue avait une couleur rouge uniforme, et elle était lisse à sa surface. La malade, tourmentée d'une soif vive, vomissait toutes les boissons qu'elle prenait ; elle accusait à l'épigastre une douleur intense que la pression augmentait ; le reste du ventre était indolent, et nullement ballonné ; aucune selle n'avait eu lieu depuis trois jours ; une toux légère existait ; le pouls était fréquent et la peau chaude. Vingt-cinq sangsues furent appliquées sur le creux de l'estomac. De l'eau de gomme fut prescrite pour unique tisane.

Les jours suivants, les vomissements persistèrent; non-seulement les boissons étaient rejetées, mais de temps en temps elle rejetait avec effort, et au milieu de vives angoisses, une petite quantité de bile tantôt jaune, tantôt verte. Le rejet de cette bile était précédé d'une sensation de brûlure vers l'appendice xiphoïde, et, au moment où elle était vomie, cette même sensation se prolongeait tout le long de l'œsophage. Le pouls, toujours accéléré, devint de plus en plus petit; l'amaigrissement et la faiblesse firent des propres rapides, et la malade succomba le 11 novembre sans avoir présenté aucun nouveau symptôme. Dans les derniers jours, la langue, d'un rouge intense, devint très-sèche; les nausées et les vomissements persistèrent jusqu'à la fin.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Rien de remarquable dans le pharynx et dans l'œsophage.

L'estomac était revenu sur lui-même, et fortement contracté, surtout dans sa portion pylorique. Un mucus visqueux, filant, d'un blanc jaunâtre, très-adhérent aux parois, en tapissait la surface interne.

Au-dessous de ce mucus, qu'on n'enleva qu'avec une certaine peine, nous trouvâmes la membrane muqueuse d'un rouge brun dans toute l'étendue du grand cul-de-sac et sur toute la face postérieure depuis le cardia jusqu'au pylore. Cette rougeur pénétrait toute l'épaisseur de la membrane, qui, partout où elle était rouge, avait perdu sa consistance ; ce n'était plus en quelques points qu'une sorte de pulpe que la pince ne pouvait plus enlever en lambeaux. Vers la face antérieure, la membrane muqueuse avait une teinte ardoisée, sans que sa consistance fût notablement modifiée ; tout près du pylore on observait un peu de mamelonnement. Les différents tissus, subjacents à la membrane muqueuse, étaient à l'état normal, et il y avait un contraste frappant entre la blancheur parfaite du tissu cellulaire sous-muqueux, et la rougeur si intense de la membrane qui le recouvrait.

L'intestin grêle contenait dans sa partie supérieure un liquide jaune, qui devenait rougeâtre inférieurement. Il présentait en plusieurs points une assez vive injection.

Le gros intestin était généralement pâle.

Le foie, de volume ordinaire, était pâle, et se déchirait avec une singulière facilité. Une grande quantité de bile jaune distendait la vésicule, et au milieu de cette bile existait un calcul, de forme ovalaire, cristallisé à son intérieur, du volume d'une amande.

La rate avait son volume et sa consistance normale. L'appareil urinaire était sain.

Chaque ovaire était transformé en une tumeur multiloculaire, qui avait le volume d'un œuf de poule. Un liquide rougeâtre remplissait la cavité de l'utérus.

Quelques concrétions calcaires, entourées d'un parenchyme noir et induré, se montraient dans le lobe supérieur de chaque poumon. Il n'y avait autre chose à noter dans l'appareil circulatoire que quelques ossifications dans l'aorte.

Les centres nerveux étaient exempts de toute altération appréciable.

Le seul organe dans lequel, après la mort, nous trouvâmes quelque altération, fut l'estomac, et c'était aussi à une gastrite que pendant la vie nous avions rapporté tous les symptômes. Ceux-ci furent à peu près les mêmes que dans la première observation ; les vomissements persistèrent avec une égale opiniâtreté, bien que moins abondants ; la douleur épigastrique fut aussi vive ; la langue fut rouge et sèche dès les premiers jours ; elle ne commença pas par être couverte d'un enduit blanc, comme chez le sujet de l'obs. 1, et aucune trace de muguet n'apparut vers la fin, ainsi que nous l'avions vu dans le cas précédent. Dans l'un et dans l'autre, le mouvement fébrile fut le même, et chez les deux malades la mort fut également la suite de l'affaiblissement progressif dans lequel les plongea l'inflammation aiguë dont l'estomac était le siége. Elle arriva plus promptement chez le second sujet, qui était beaucoup plus âgé que le premier.

Dans l'observation qui va suivre, nous allons voir encore une inflammation aiguë de l'estomac entraîner un individu au tombeau après avoir

duré trente-six à quarante jours; la lésion anatomique sera encore la même, mais il y aura dans les symptômes quelque différence.

IIIe OBSERVATION.

Affection rhumatismale au début; au bout de quelques jours, disparition subite des douleurs articulaires que remplace une vive douleur à l'épigastre. Persistance de celle-ci et d'une fièvre continue pendant 40 jours. Vomissements dans les derniers jours seulement; délire vers la fin. Langue d'abord blanche, puis rouge et sèche, et plus tard diphtérite. Rougeur et ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac.

Une femme, âgée de 55 ans, d'une constitution assez forte, et sujette à avoir de mauvaises digestions, se portait cependant bien, lorsqu'elle apprit tout à coup la nouvelle qu'un de ses fils venait d'être écrasé dans une rue de Paris. Elle contient sa douleur, vole à son secours, et tout le reste de la journée elle ne paraît pas malade. Mais la nuit elle ne dort pas, et le lendemain, dans la matinée, elle est prise d'un violent frisson auquel succède une forte chaleur. Celle-ci persiste toute la journée, et le soir plusieurs articulations se gonflent et deviennent douloureuses. Trois ou quatre jours se passent ainsi, pendant lesquels elle présente tous les symptômes d'un rhumatisme articulaire aigu avec fièvre. Au bout de ce temps, et sans qu'aucune médication active eût été employée, les articulations cessent tout à coup d'être gonflées et douloureuses; mais en même temps la malade ressent au creux de l'estomac une douleur vive, déchirante, à laquelle on oppose une application de sangsues sur l'épigastre. La douleur devient moindre, mais elle ne disparaît pas; pendant les cinq ou six jours suivants, l malade garde le lit, et elle continue à souffrir de l'estomac; puis elle entre à l'hôpital de la Pitié au commencement du mois de février 1832. Elle était alors arrivée au douzième jour environ de sa maladie. Elle avait une fièvre intense; elle accusait à l'épigastre une douleur, que la pression augmentait; une soif vive la tourmentait; l'anorexie était complète; elle n'avait ni vomissements, ni nausées, à peine avait-elle été une ou deux fois à la selle depuis une douzaine de jours. La langue, couverte d'un enduit blanc épais, offrait en même temps un pointillé rouge-vif à sa pointe et sur ses bords.

Il nous parut que le point de départ de la fièvre et des autres symptômes était l'estomac; nous fîmes appliquer trente sangsues sur l'épigastre; leurs piqûres donnèrent beaucoup de sang. Le lendemain, cependant, aucun amendement n'avait eu lieu. Le pouls donnait au moins 120 battements par minute, la peau était brûlante, et la douleur épigastrique persistait (*eau de gomme*, *diète*, *lavement d'eau de guimauve*).

Pendant les douze jours suivants, l'état de la malade resta le même. Au bout de ce temps, elle prit un peu de bouillon, et quelques pruneaux cuits. Le lendemain du jour où ces légers aliments furent donnés, nous n'eûmes pas à nous féliciter d'avoir cédé aux instances de la malade qui nous pressait de lui donner à manger, non pas qu'elle eût faim, mais parce qu'elle croyait que des aliments remédieraient à la faiblesse qui chaque jour augmentait chez elle. La langue, qui jusqu'alors était restée blanche et humide, s'était dépouillée de l'enduit qui la recouvrait; elle était devenue rouge et lisse; la soif était aussi plus vive que les jours précédents, et la douleur épigastrique avait repris plus d'acuité. La malade était si faible, que nous hésitâmes d'abord si nous reviendrions à une nouvelle émission sanguine; nous la tentâmes cependant, et douze sangsues furent appliquées à l'épigastre.

Il nous sembla qu'il ne résulta de cette application ni bien ni mal. Nous trouvâmes le lendemain la langue aussi rouge et aussi sèche; la fréquence du pouls était toujours la

même. Rien de nouveau ne fut observé pendant les trois ou quatre jours suivants ; au bout de ce temps, un autre symptôme apparaît ; la malade commence à vomir ses boissons, mêlées à une petite quantité de bile jaunâtre; puis la langue et tout l'intérieur de la bouche se couvrent de pellicules blanches qui s'étendent à la surface interne des joues comme de larges pseudo-membranes, entre lesquelles on voit la membrane muqueuse rouge et saignante. Cette éruption diphtéritique coïncide avec un affaissement de plus en plus grand ; les traits s'altèrent ; le pouls reste toujours fréquent, quelques vomissements ont encore lieu de temps en temps, un délire vague survient, et la mort arrive quarante-huit heures environ après que l'intelligence a commencé à se troubler. Jusqu'au dernier moment les selles furent très-rares.

OUVERTURE DU CADAVRE.

État sain du pharynx et de l'œsopage ; rougeur vive et ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac sur ses deux faces, et vers le grand cul-de-sac. Mamelonnement grisâtre de cette membrane vers le pylore. Teinte ardoisée du duodénum, due à la coloration noirâtre de ses villosités. Cette même teinte se retrouve dans le tiers supérieur du jéjunum ; plus bas l'intestin grêle, non plus que le gros intestin, n'offre rien de remarquable.

Le début de cette maladie est bien digne d'attention. La forte émotion morale, qui peut être considérée comme la cause occasionnelle de son développement, n'agit pas d'abord sur l'estomac : c'est un rhumatisme articulaire qui se déclare, accompagné d'un mouvement fébrile intense. A voir son acuité, il était vraisemblable qu'il aurait une durée longue, et que ce ne serait que lentement que ces articulations si tuméfiées et si douloureuses reviendraient à leur état naturel. Cependant il ne devait point en être ainsi : tout à coup, avant le temps ordinaire, le rhumatisme disparaît complétement : en quelques heures toutes les articulations redeviennent libres, et en même temps, comme par une sorte de métastase, une vive douleur se montre à l'estomac ; et à la place d'un rhumatisme, c'est une gastrite aiguë qui a pris naissance. Mais bien différente de la maladie à laquelle elle a succédé, elle a une marche exacerbante ; elle devient de plus en plus intense. La langue présente, pendant son cours, les mêmes mutations que celles que nous avons notées dans un des cas précédents. D'abord elle est couverte d'un enduit blanchâtre avec pointillé rouge à son pourtour, puis d'une couleur rouge uniforme, et plus tard enfin tapissée de fausses membranes, qui peu à peu vont envahir toute la bouche.

Tandis que dans les observations précédentes, le vomissement avait été un des symptômes prédominants, avait commencé avec la maladie et

avait persisté pendant tout son cours, ici au contraire ce n'est que dans les derniers temps et à peu près à la même époque que la diphtérite, qu'apparaissent des vomissements. Ce symptôme n'existe donc pas nécessairement dans toute inflammation aiguë de l'estomac, et, quand il se montre, il peut, comme dans le cas actuel, ne pas l'accompagner dans tout son cours. Il est en général d'un très-fâcheux augure, lorsqu'il survient ainsi à une époque déjà avancée de la maladie.

Dans ce cas, comme dans les deux précédents, l'épigastre est le siége d'une vive douleur qui persiste pendant tout le cours de la maladie. La membrane muqueuse gastrique n'est donc pas aussi insensible que l'ont avancé quelques personnes. Toutefois, en raison des variétés infinies de la sensibilité de chaque individu, il peut arriver que cette membrane s'enflamme à un haut degré, sans que les malades éprouvent jamais à l'épigastre de douleur notable. Nous en verrons tout à l'heure un exemple. C'est qu'il n'est aucun symptôme qui soit nécessairement attaché à la maladie qu'il annonce dans la plupart des cas, et il peut y avoir des gastrites aiguës sans vomissements et sans douleur, comme il y a des pleurésies sans point de côté, et des pneumonies sans expectoration rouillée.

C'est la première fois que nous observons du délire; mais il ne survient que vers la fin de la maladie, à cette époque de détérioration de tous les actes vitaux, où le trouble de l'intelligence vient si souvent précéder de quelques heures la cessation de la vie.

Il n'est pas inutile de remarquer que, jusqu'au moment de la disparition du rhumatisme articulaire, aucun traitement actif ne fut employé, et que c'est ainsi tout à fait spontanément que cette affection disparut d'une manière si brusque et si inattendue, pour se *métastaser*, en quelque sorte, sur l'estomac.

Nous avons eu occasion d'observer en ville un cas exactement semblable à celui que nous venons de citer. Une dame, âgée de 60 ans environ, ayant eu toute sa vie un estomac dont la susceptibilité exigeait qu'elle se soumît habituellement à un régime sévère, se fatigue beaucoup près d'un de ses fils dangereusement malade. Tout à coup elle est prise de fièvre et d'un rhumatisme articulaire des mieux caractérisés. La constitution délicate de la malade, les causes d'épuisement qui avaient agi sur elle, les peines morales qui la tourmentaient encore, nous engagent à ne pas la saigner. Ce rhumatisme dure quelques jours, puis il disparaît tout à coup, et en même temps l'épigastre devient

douloureux, la langue rougit, et la fièvre persiste pendant les cinquante jours suivants; nous observâmes exactement les mêmes symptômes que ceux que nous avons relatés dans le cas précédent, et, au bout de ce temps, la malade succomba. L'ouverture du corps ne fut point faite.

IVe OBSERVATION.

Choléra grave. Pendant la convalescence, réapparition des vomissements; rougeur et sécheresse de la langue; accélération du pouls. Rougeur et ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac.

Un jeune homme, âgé de 23 ans, entra à l'hôpital de la Pitié, vers le milieu du mois de novembre 1832, avec tous les symptômes d'un choléra grave : la cyanose existait à un assez haut degré, et le pouls radial se sentait à peine. La glace et l'eau de Seltz à l'intérieur, des narcotiques, des rubéfiants promenés sur la peau, tels furent les seuls moyens que nous mîmes en usage. Au bout de quarante-huit heures de séjour à la Pitié, tous les accidents graves cessèrent, et ce jeune homme pouvait être regardé comme touchant à la convalescence. Un jour, il se procura beaucoup plus d'aliments que ceux que nous lui permettions; ce fut là l'occasion d'une funeste rechute. Le lendemain du jour où cette imprudence avait été commise, nous trouvâmes le malade dans l'état suivant :

Les yeux s'étaient de nouveau cernés et enfoncés, comme lorsqu'il avait le choléra : la langue n'avait rien de particulier; une soif vive le tourmentait. Il avait à côté de lui une bassine remplie de matières vomies; celles-ci étaient en grande partie constituées par des aliments mal digérés. Il n'y avait aucune douleur à l'épigastre, ni dans le reste du ventre; quelques selles liquides avaient eu lieu. Le pouls était fréquent, sans que la peau fût chaude. Nous espérâmes que ce ne serait là qu'une simple indigestion, et nous attendîmes jusqu'au lendemain pour agir.

Le lendemain, l'état du malade nous parut beaucoup plus sérieux. Les vomissements, qui avaient continué toute la journée, étaient constitués par une bile verdâtre, peu abondante; la langue était rouge et sèche, et cependant l'épigastre ainsi que le reste de l'abdomen, était indolent; il n'y avait plus eu de selles. Le pouls battait 130 fois par minute, et la peau était brûlante. Nous ne révoquâmes pas en doute l'existence d'une gastrite, bien que l'estomac ne fût le siége d'aucune douleur. Nous fîmes appliquer immédiatement trente sangsues sur l'épigastre.

Pendant les vingt-cinq jours suivants, ce malade resta avec un mouvement fébrile continuel, et une langue constamment rouge et sèche. Il avait une soif vive, de fréquentes nausées, et de temps en temps il rendait par le vomissement soit une mucosité filante, assez semblable à du blanc d'œuf, soit une bile jaune ou verdâtre. L'abdomen, y compris l'épigastre, était indolent dans tous ses points. Une constipation opiniâtre existait. Le malade arriva rapidement au dernier degré de marasme, une large escarre se forma au sacrum, et il succomba comme épuisé, sans avoir eu d'agonie, et avec toute son intelligence.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'estomac était fortement contracté, et revenu sur lui-même dans toute son étendue. Il contenait une petite quantité de bile jaunâtre, et de plus un gros ver lombric. Ses parois étaient tapissées par une couche de mucosités blanchâtres sans viscosité, d'apparence purulente. Des rides nombreuses, qui s'entre-croisaient les unes les autres, se

montraient à sa surface interne. Celle-ci présentait un aspect singulier : sur un fond brunâtre apparaissaient un grand nombre de taches d'un rouge vif, qui donnaient à la membrane muqueuse un aspect comme moucheté. Ces taches, qui avaient, terme moyen, le diamètre d'un centime, étaient constituées par un assemblage de vaisseaux très-fins admirablement injectés; il y en avait bien une soixantaine au moins ainsi disséminés à la surface interne de l'estomac. Là où ces taches existaient, la membrane muqueuse était molle et comme pulpeuse ; entre elles, elle était épaissie, et pouvait s'enlever par larges lambeaux. Les valvules du duodénum étaient vivement injectées, ainsi que celles du commencement du jéjunum. Dans le reste de l'intestin grêle, nous ne trouvâmes rien autre chose à noter qu'un assez grand nombre de follicules de Brunner qui en parsemaient le tiers inférieur. Ces follicules étaient blancs et peu développés. Le gros intestin était blanc, et contenait quelques matières moulées.

Dans les autres viscères de l'abdomen, nous ne remarquâmes autre chose qu'un assez grand développement de la rate dont le tissu était en même temps ramolli, et une plus grande friabilité du parenchyme du foie que ne le comporte son état normal. Ce parenchyme était d'ailleurs d'un rouge pâle.

Dans le crâne et dans le thorax, rien de remarquable, si ce n'est un ganglion lymphatique, complétement transformé en matière osseuse, qui faisait une petite tumeur au-devant de la crosse de l'aorte.

Pendant la durée de l'épidémie de choléra qui a ravagé Paris pendant l'été de 1832, nous avons vu beaucoup de cas semblables au précédent. Un grand nombre d'individus, après avoir eu le choléra à divers degrés, ne se rétablissaient pas; ils restaient avec des digestions difficiles, une douleur plus ou moins vive à l'épigastre; ils avaient des nausées et des vomissements. Chez plusieurs, ces divers symptômes cessaient peu à peu, et la santé revenait. Mais chez d'autres l'estomac devenait de plus en plus malade; les vomissements se rapprochaient; il arrivait un instant où toutes les boissons étaient rejetées: très-souvent il y avait chaque jour plusieurs vomissements de bile verdâtre; la langue restait rarement à son état naturel ; d'abord blanche et humide, elle finissait par se sécher; dans tous les cas que nous avons observés, il y avait un mouvement fébrile continu. Les individus tombaient rapidement dans le marasme, et ils succombaient dans un intervalle de temps qui nous a paru varier, dans le cercle de nos observations, entre vingt-cinq jours et trois mois. Chez les individus, morts avec cet ensemble de symptômes, dont nous avons fait l'ouverture, nous avons trouvé dans l'estomac des traces d'inflammation (1): chez ceux qui mou-

(1) Nous citerons plus bas des cas où, avec des symptômes à peu près semblables, nous avons trouvé après la mort l'estomac exempt de toute altération appréciable.

raient à une époque encore peu éloignée de celle à laquelle la maladie avait commencé, nous trouvions la membrane muqueuse gastrique rouge et ramollie : chez ceux qui ne succombaient que plus tard, tantôt cette membrane présentait encore le même aspect, tantôt elle avait une teinte brune où ardoisée, et son tissu était épaissi et comme induré.

Nous avons vu en pareil cas le traitement antiphlogistique le plus énergique échouer complétement, mais nous n'en restons pas moins convaincus que c'était celui sur lequel on pouvait encore le plus compter, et nous n'avons pas vu mieux réussir les autres traitements qui ont été mis en usage, soit par nous, soit par d'autres praticiens.

Ve OBSERVATION.

Symptômes de gastrite aiguë. Mort le dix-neuvième jour. Vive rougeur de la surface interne de l'estomac avec ramollissement pultacé de toute l'épaisseur de ses parois.

Un garçon chapelier, âgé de 21 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, entra à l'hôpital de la Charité, dans le courant du mois de mars 1822. Dix jours auparavant il avait perdu l'appétit; puis il avait été pris d'une vive douleur à l'épigastre, de nausées et de vomissements. Lorsqu'il fut soumis à notre observation, il ne vomissait plus, mais l'épigastre était sensible à la pression ; la langue, couverte d'un enduit blanchâtre épais à son centre, était d'un rouge vif à sa pointe et sur ses bords. Le malade avait une soif ardente, et il osait à peine la satisfaire, parce que l'ingestion des boissons augmentait la douleur épigastrique et provoquait des nausées. Le pouls était très-fréquent et la peau chaude. Une saignée de seize onces fut pratiquée.

Nous étions alors au onzième jour de la maladie. Du onzième au douzième jour, des vomissements continuels eurent lieu. Le dixième jour, les traits du malade étaient aussi profondément altérés que dans les cas de la péritonite la plus aiguë ; il était dans un état d'angoisses difficile à décrire ; sa voix était éteinte comme chez un cholérique ; le pouls conservait toujours une grande fréquence, mais la peau avait perdu sa chaleur. Un large vésicatoire fut appliqué sur l'épigastre. Le dix-septième jour, les vomissements continuèrent ; ils étaient peu abondants, mais il ne se passait pas une demi-heure sans que le malade rejetât quelques gorgées de bile verdâtre. Le dix-huitième jour, délire. Le dix-neuvième jour, face hippocratique, affaissement extrême. Mort dans la nuit du dix-neuvième au vingtième jour.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Au moment où nous soulevâmes l'estomac pour l'examiner, nous fûmes tout étonnés de voir ses parois se briser sous nos doigts qui ne les tiraillaient qu'assez légèrement. Dans toute la moitié gauche de l'organe, ses tuniques, depuis la péritonéale jusqu'à la muqueuse, n'avaient plus aucune consistance ; elles s'écrasaient sous le doigt comme une sorte de pulpe. Partout où existait ce ramollissement, les parois de l'estomac étaient d'un rouge livide et comme ecchymosées ; cette rougeur était très-vive à la surface interne de l'organe. Près du pylore les parois de l'estomac reprenaient leur

consistance accoutumée, et, dans cette partie, la membrane muqueuse avait une teinte grisâtre.

Le reste du tube digestif ne nous offrit rien de remarquable non plus que les autres organes.

Cette observation diffère des quatre précédentes par la nature de l'altération dont l'estomac était le siége. Ce n'était plus seulement ici la membrane muqueuse qui était enflammée, la phlogose s'était étendue à toutes les autres tuniques, et il en était résulté un ramollissement des parois de l'estomac, qui rappelle celui que le professeur Cruveilhier a observé chez les enfants et qu'il a décrit chez eux sous le nom de ramollissement gélatiniforme. Ici seulement le ramollissement coïncidait avec une hypérémie des plus fortes. L'inflammation intense, dont l'estomac était le siége, fut d'ailleurs dans ce cas annoncée pendant la vie par des symptômes très-bien dessinés, et semblables à ceux que nous avons fait ressortir dans les observations précédentes.

Nous avons rencontré un ramollissement de l'estomac, tout à fait semblable à celui dont nous venons de donner la description, chez un jeune enfant auquel on avait donné du sulfure de potasse pour le guérir d'un croup. Celui-ci céda en effet; mais l'enfant ne se rétablit pas. Il succomba au bout d'un temps assez court, après avoir présenté, comme symptôme prédominant, de continuels vomissements. Les parois de l'estomac ne présentaient véritablement plus dans leur totalité qu'une pulpe rougeâtre qui s'écrasait sous le doigt.

VIe OBSERVATION.

Vomissements continuels pendant quarante jours. Ulcération de l'estomac. Psoïtis.

Une négresse, âgée de 30 ans, jouissait habituellement d'une bonne santé, lorsque quarante jours avant d'entrer à l'hôpital de la Pitié, elle fut prise de douleurs à l'épigastre, qui ne furent jamais très-vives, et de vomissements qui continuèrent jusqu'à l'époque de son entrée. Tels furent les seuls renseignements que nous pûmes obtenir.

Lorsqu'elle fut soumise à notre observation (le 10 mars 1832), elle était parvenue au dernier degré du marasme et de la faiblesse; elle avait de la fièvre, sa langue était rouge et sèche, les vomissements étaient devenus plus rares, elle ne consentait à prendre autre chose que quelques cuillerées d'une légère solution de sirop de gomme dans de l'eau. Elle n'accusait aucune douleur dans le ventre; elle restait couchée sur le dos. Cette femme resta dix jours à la Pitié, et au bout de ce temps elle succomba après s'être graduellement affaiblie. Dans les derniers jours de son existence, elle cessa

de vomir ; sa langue resta jusqu'à la fin rouge et sèche, et la fréquence du pouls persista.

OUVERTURE DU CADAVRE.

La surface interne de l'estomac était blanche dans toute son étendue, et la membrane muqueuse avait sa consistance normale. A droite, et au niveau de l'orifice cardiaque, à deux pouces environ de distance de cet orifice, existait une ulcération oblongue, ayant six lignes de long sur trois de large ; sur les bords de cette ulcération, la membrane muqueuse n'était point épaissie, et son fond était pâle.

Le reste de l'intestin était pâle comme l'estomac. Dans l'étendue d'un pied au-dessus de la valvule iléo-cœcale, se montraient quelques plaques de Peyer, reconnaissables seulement à leur pointillé noir ; elles ne faisaient aucune saillie au-dessus du niveau de la surface intestinale. Le colon était parsemé d'un assez grand nombre de follicules de Brunner, blancs comme la muqueuse qui les entourait.

Le foie était pâle et mou, la rate petite et molle. Un des calices du rein gauché était rempli d'une matière purulente. Le cœur et les poumons étaient sains.

A la place du muscle psoas du côté gauche, existait un vaste foyer purulent, dans lequel baignait le corps de plusieurs vertèbres, dépouillées de leur périoste.

Voilà une observation bien remarquable sans doute sous le double rapport des symptômes et des altérations qui les causèrent. Une ulcération peu considérable, qui n'occupe que quelques lignes dans l'estomac, et aucune autre altération de cet organe, pas un vaisseau injecté dans toute son étendue, aucune modification de consistance de sa membrane muqueuse ; et cependant voyez combien, du côté de l'estomac, les symptômes ont été graves : n'y a-t-il pas lieu de s'étonner de ces vomissements si prolongés, si opiniâtres, lorsqu'on réfléchit que des ulcérations de l'estomac, bien autrement vastes et accompagnées de bien d'autres désordres organiques, ne donnent lieu souvent à aucun vomissement ? Comment ne pas remarquer aussi la coïncidence de la rougeur et de la sécheresse de la langue avec un pareil état de l'estomac ?

Sans doute la suppuration abondante, dont un des muscles psoas était le siége, eut sa grande part dans la production d'un certain nombre de symptômes ; mais, si on peut lui rapporter en partie la fièvre et le dépérissement, on ne peut guère admettre que cette suppuration fût la cause des vomissements.

Quelle était enfin l'origine de la matière purulente trouvée dans un des calices ? Y avait-elle été sécrétée ? mais on ne trouvait autour d'elle aucune trace d'inflammation. Y avait-elle été portée par voie d'absorption ? Ce ne serait pas la première fois que nous aurions trouvé du pus

dans l'urine, sans aucun vestige de phlegmasie dans les reins, les uretères ou la vessie, en même temps que quelque collection purulente existait en d'autres points du corps.

VIIe OBSERVATION.

Ulcérations nombreuses à la surface interne de l'estomac. Éruption diphtéritique sur toute la membrane muqueuse buccale. Tubercules pulmonaires.

Une femme, âgée de 26 ans, entra à l'hôpital de la Pitié dans le courant de l'été de l'année 1832, avec tous les signes d'une phthisie pulmonaire déjà fort avancée. Pendant les vingt derniers jours de son existence, la langue, les gencives, les lèvres et les joues se couvrirent d'une couche blanchâtre, comme crémeuse, semblable à l'éruption du muguet. Toute la bouche était en même temps le siége d'une vive douleur; l'anorexie était complète, la soif vive: l'épigastre était habituellement douloureux. De temps en temps la malade avait quelques nausées, mais jamais de vomissements. Elle s'éteignit à la manière des phthisiques, le 29 juin.

OUVERTURE DU CADAVRE.

La surface interne de l'estomac était tapissée par une couche épaisse de mucosités brunâtres, qui adhéraient intimement à la membrane muqueuse; celle-ci, dans toute son étendue, était véritablement criblée d'une foule de petites ulcérations, toutes de même forme et de même grandeur; elles étaient exactement arrondies, et chacune d'elles aurait pu à peine admettre un centime. Leur fond était constitué par le tissu cellulaire sous-muqueux qui avait conservé sa blancheur et son épaisseur normales. A côté de ces ulcérations, on trouvait un certain nombre d'enfoncements ou de vacuoles au fond desquelles on trouvait encore la membrane muqueuse réduite à une toile très-mince, et recouverte par une matière noirâtre qui semblait être le détritus du plan le plus superficiel de la membrane muqueuse. Entre ces ulcérations et ces vacuoles, la membrane muqueuse avait son épaisseur et sa consistance ordinaires; elle était partout blanche, excepté vers la petite courbure, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs où se montrait un pontillé rouge assez vif.

Le duodénum présentait, à sa face interne, trois taches noires, qui étaient constituées par la membrane muqueuse elle-même épaissie et comme infiltrée d'une matière noire qui, sur les limites de chaque tache, prenait une teinte rouge. Un peu plus bas que ces trois taches, vers l'union de la seconde et de la troisième courbure du duodénum, on rencontrait une ulcération qui était encore recouverte par des débris de la matière noire dont nous venons de parler. Les ulcérations nombreuses, parsemées de tubercules, se remarquaient dans le tiers inférieur de l'intestin grêle, dans le cœcum, et le commencement du colon.

Une matière brunâtre tapissait l'œsophage. La surface interne de ce conduit présentait de longues bandes longitudinales, où l'épithélium manquait; c'est là surtout qu'était accumulée la matière noire.

Tubercules et cavernes dans les poumons. Traces de péritonite chronique avec nombreux tubercules au milieu des fausses membranes. Foie pâle, friable, graissant le scalpel.

Nous avons cité surtout cette observation pour faire connaître l'altération remarquable qui fut trouvée dans l'estomac. Les ulcérations nombreuses qui en parsemaient la surface interne, avaient été vraisemblablement précédées, dans chacun des points où elles existaient, par ces taches noires dont quelques-unes étaient encore entières dans le duodénum. Quelle en était la nature? Étaient-ce autant de petites escarres qui avaient succédé à une foule de petites phlegmasies circonscrites de la membrane muqueuse, semblables à celles dont l'observation IV nous a fourni un exemple? Remarquez aussi que dans beaucoup de points la membrane muqueuse n'était détruite que dans son plan le plus superficiel, dans celui qui est spécialement constitué par les villosités; celles-ci étaient remplacées par la matière noire dont nous avons déjà parlé.

Quant aux symptômes, il n'y en eut d'autres du côté de l'estomac, qu'une douleur habituelle dans l'épigastre. Il n'est pas sûr que l'affection de la bouche dépendît de l'état de l'estomac; et s'il est vrai que plus d'une fois nous avons vu cette affection se montrer dans la dernière période des gastrites aiguës ou chroniques, il est également vrai, d'un autre côté, que nous avons trouvé l'estomac parfaitement sain dans des cas où toute la muqueuse buccale était restée longtemps couverte de plaques de diphthérite.

VIIIe OBSERVATION.

Douleur vive à l'épigastre péritonite sur-aiguë. Perforation de l'estomac.

Une femme, âgée d'une trentaine d'années, atteinte de phthisie pulmonaire, continuait à manger et à digérer assez bien, quoique depuis longtemps elle eût déjà de la diarrhée. Un jour, elle accuse une vive douleur à l'épigastre, et elle a de suite plusieurs vomissements; d'abord elle rend ses aliments, puis elle rejette une assez grande quantité de mucosités filantes et de bile. Une trentaine d'heures se passent ainsi; au bout de ce temps, tout le ventre se tend et devient très-douloureux au toucher, tous les signes d'une péritonite aiguë apparaissent, et la malade succombe rapidement.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Un liquide purulent remplit la cavité du péritoine, et des concrétions membraneuses recouvrent l'estomac et les intestins. En soulevant l'estomac, nous découvrons à la partie postérieure du grand cul-de-sac, non loin du cardia, une perforation à travers laquelle le doigt indicateur peut être facilement introduit. Au pourtour de cette perforation, les tuniques de l'estomac sont irrégulièrement déchirées, ramollies, et comme ecchymosées. Toute la surface interne du grand cul-de-sac est d'un rouge livide, et ses parois sont

très-friables. Dans les reste de son étendue, la membrane muqueuse de l'estomac est assez vivement injectée.

Ulcérations à la fin de l'intestin grêle. Cavernes dans les poumons.

Voilà un exemple de ces solutions de continuité de l'estomac que plusieurs auteurs ont décrites sous le nom de *perforations spontanées*, et qui ne nous semblent être autre chose que le résultat d'une inflammation très-aiguë de l'estomac ; toutes les tuniques se trouvent alors simultanément affectées ; toutes se ramollissent, s'ulcèrent en même temps, et au bout d'un temps très-court la perforation peut ainsi s'accomplir. On a vu des hommes succomber de la sorte en quelques heures, comme si un violent poison corrosif avait été introduit dans leur estomac. Il est assez remarquable que dans la plupart des cas de ce genre qui ont été cités, ou dans ceux que nous avons vus nous-mêmes, la perforation avait eu lieu vers le grand cul-de-sac.

CHAPITRE II.

OBSERVATIONS SUR LA GASTRITE CHRONIQUE.

Sous le terme générique de *gastrite chronique*, nous comprenons plusieurs altérations qui sont ordinairement décrites comme des maladies toutes spéciales, telles, par exemple, que le cancer de l'estomac. Si, en effet, ces altérations paraissent être très-différentes les unes des autres, sous le rapport de leurs caractères anatomiques, elles se rapprochent et se confondent véritablement, soit par les symptômes qui révèlent leur existence, et qui n'appartiennent pas plus exclusivement à l'un qu'à l'autre, soit par la nature des causes occasionnelles qui leur donnent naissance, et qui, pour toutes, sont identiques, soit enfin par le traitement qui, pour toutes aussi, doit être le même. Si donc ces altérations diverses doivent être, avec raison, distinguées les unes des autres, en raison, non-seulement de leur forme et de leur texture variées, mais surtout de leurs différents degrés de curabilité, il n'en est pas moins vrai que, prises à leur point de départ, elles offrent toutes un

élément commun très important, savoir l'irritation qui les précède et qui les accompagne dans leur développement. Le terme générique de *gastrite,* sous léquel nous comprenons de si variables altérations de texture, ne nous semble d'ailleurs utile qu'en tant qu'il rappelle la cause générale et le lien commun de ces altérations. Mais là ne se borne pas la question; après avoir saisi le point par lequel ces altérations se rapprochent, point capital, puisque à lui se rattache la méthode thérapeutique, il faut découvrir la cause de leurs différences. Celles-ci ne peuvent être expliquées ni par l'intensité ni par la durée de l'irritation. C'est même une circonstance remarquable, que les altérations de texture les plus graves sont souvent celles qui sont précédées ou accompagnées par les signes de l'irritation la plus faible. De là, que conclurons-nous? C'est que, pour rendre raison d'effets si dissemblables, force sera d'admettre des causes prédisposantes particulières de chacun d'eux; force sera de reconnaître que l'irritation n'agit plus que comme une simple cause occasionnelle, qui serait par elle-même impuissante à produire aucune de ces altérations. S'il en est ainsi, que peut faire le traitement antiphlogistique? Il ne combat que cette cause occasionnelle; mais il ne détruit en aucune manière la cause prédisposante, qui, une fois l'irritation produite, donne naissance, suivant sa nature, aux lésions les plus variées. De là, la fréquente inutilité de ce traitement, qui n'attaque qu'un des éléments de la maladie, et qui ne détruit pas d'ailleurs la cause inconnue sous l'influence de laquelle survient l'irritation elle-même. Il ne nous semblerait pas déraisonnable de soutenir que, dans certains cas, l'afflux sanguin insolite par lequel se manifeste l'irritation, ne s'effectue sur un organe que parce que déjà dans cet organe existe une prédisposition morbide qui y appelle plus de sang que dans l'état physiologique, pour que, dans sa trame, vienne à s'accomplir une sécrétion ou une nutrition morbide. On voit donc combien est secondaire le rôle que joue en pareil cas la congestion sanguine, et combien, en l'admettant, nous sommes encore loin d'avoir pénétré l'essence des phénomènes. On s'abuserait étrangement, si l'on croyait que, par elle, on peut se rendre raison de la formation de diverses altérations organiques, et expliquer leurs innombrables variétés. Ainsi, lorsque l'embryon se développe, l'afflux du sang dans le canevas des différents organes est une condition de la formation de ceux-ci, c'est l'élément commun que nous retrouverons pour toute organogénésie; mais ce n'est pas cet afflux sanguin qui détermine la nature spéciale de chaque organe, sa composition chimique, son ar-

rangement anatomique, ses propriétés vitales. Ainsi, toute sécrétion reconnaît ce même afflux comme condition de son existence; mais ce n'est pas par le seul abord plus considérable du sang et par la seule excitation qui en résulte dans l'organe qui le reçoit qu'on peut expliquer pourquoi chaque glande sécrète un liquide spécial.

Nous prions le lecteur de ne pas perdre de vue ces considérations; s'il s'en pénètre bien, nous espérons qu'il ne nous reprochera pas d'avoir réuni des altérations qui semblent si différentes les unes des autres, sous le terme commun de *gastrite chronique ;* ce terme n'est pour nous qu'une sorte d'étiquette générale sous laquelle se range toute affection organique de l'estomac, contre laquelle le traitement antiphlogistique paraît réussir mieux que tout autre.

Essayons donc de montrer, soit par l'anatomie, soit par l'étude des symptômes, comment se succèdent et s'enchaînent dans l'estomac un certain nombre de lésions organiques ou fonctionnelles, dont on a si longtemps méconnu la nature, parce qu'on en isolait la description, persuadé que l'on était que chacune de ces lésions constituait par elle-même une maladie.

ARTICLE PREMIER.

ALTÉRATIONS PRODUITES DANS L'ESTOMAC PAR LA GASTRITE CHRONIQUE.

Ces altérations sont aussi nombreuses que variées; elles sont d'autant plus importantes à bien connaître, que, s'il arrive souvent que toutes différentes qu'elles sont, elles donnent lieu aux mêmes désordres fonctionnels, d'autres fois elles produisent des symptômes qui varient avec elles. Dans plus d'un cas aussi on peut expliquer le succès également certain de méthodes thérapeutiques opposées par la différence même des lésions, dont l'estomac, chroniquement enflammé, est devenu le siége.

§ 1er. ALTÉRATIONS DE LA MEMBRANE MUQUEUSE.

Dans la très-grande majorité des cas de gastrite chronique, l'anatomie démontre dans la membrane muqueuse de l'estomac l'existence d'altérations variées et plus ou moins considérables. Quelquefois, cepen-

dant, cette membrane paraît avoir conservé son état sain, ou du moins est-il certain que si elle a subi quelque altération, cette altération échappe entièrement à l'inspection anatomique. Ainsi elle offre dans toute son étendue la couleur blanche qui constitue son état normal; partout aussi elle présente sa consistance ordinaire; elle n'est ni ramollie nii ndurée; nulle part enfin son épaisseur ne paraît être ou augmentée ou diminuée. Mais alors on observe au-dessous de la membrane muqueuse saine des affections diverses et fort remarquables de tuniques subjacentes, et spécialement du tissu cellulaire étendu sous forme de membrane dense et blanchâtre entre la tunique veloutée de l'estomac et sa tunique charnue. Ici, toutefois, se présente une question à résoudre : bien que la membrane muqueuse paraisse actuellement très-saine, a-t-elle toujours été telle? N'y a-t-il pas eu une époque de la maladie dans laquelle elle a été affectée, et ne doit-on pas même penser que, le plus souvent, c'est par la membrane muqueuse qu'a commencé l'affection chronique, dont on ne trouve plus maintenant d'autres traces que dans les tissus placés au-dessous d'elle? Pour résoudre cette question, importante sous le double rapport de l'étiologie de la maladie et de la thérapeutique, interrogeons d'abord l'analogie.

Lorsqu'un tissu membraneux ou parenchymateux est frappé d'inflammation, tantôt les parties en contact avec ce tissu restent étrangères au travail morbide, tantôt elles y participent. Si ce dernier cas a lieu, il arrive souvent que dans le tissu primitivement affecté, surtout s'il jouit d'une grande somme de vitalité, l'inflammation se résout, tandis qu'elle persiste et passe à l'état chronique dans les tissus qui n'ont été que secondairement atteints; c'est ce qui arrive particulièrement lorsque, dans ceux-ci, les propriétés vitales sont moins actives, moins énergiques que dans le tissu qui a été le premier envahi par l'inflammation. A l'appui de ces assertions, les exemples se présentent en foule. Je vais en citer quelques-uns. Un individu est atteint d'entérite ou de colite; s'il succombe dans la période aiguë, on trouve la membrane muqueuse seule affectée, soit simplement rouge, soit ramollie, soit ulcérée, etc.; si le malade ne succombe qu'au bout d'un temps plus long, après que l'inflammation a pris une marche chronique, l'intestin peut présenter trois états différents : 1° l'inflammation peut être bornée à la seule membrane muqueuse; 2° en même temps que cette membrane, les tissus qui lui sont subjacents peuvent avoir subi des altérations diverses, résultat non douteux de l'inflammation qui s'en est emparée; mais tantôt la mem-

brane muqueuse et les tissus subjacents paraissent être à peu près également malades, tantôt ceux-ci semblent l'être beaucoup plus, et des cas peuvent même se présenter dans lesquels l'altération de la membrane muqueuse, échappant au premier coup-d'œil, n'est découverte que par une investigation attentive. Ainsi, cette membrane, quoique blanche, est ramollie, comme pulpeuse, en un certain nombre de points; ailleurs, elle offre une coloration grise, brune ou noire, disposée par simples points isolés ou agglomérés, par plaques arrondies, par lignes sineuses, par longues bandes, etc.; ailleurs, enfin, elle présente des ulcérations superficielles, blanches comme le reste de la membrane, dont le fond est au niveau des bords, et qui marchent évidemment vers une cicatrisation complète. Nous ne voyons plus ici en quelque sorte que des restes ou des vestiges de l'inflammation de la membrane muqueuse; mais, d'ailleurs, ce ramollissement blanc, cette forme d'ulcération indiquent que dans cette membrane a existé une inflammation plus intense; ce sont, en effet, ces mêmes lésions que l'on a retrouvées chez plusieurs individus morts accidentellement pendant la convalescence de gastro-entérites aiguës, c'est-à-dire à une époque où l'on ne devait plus trouver dans le canal intestinal que les restes d'une inflammation qui y avait été beaucoup plus intense; ce sont encore ces mêmes formes de lésions que l'on retrouve sur la membrane muqueuse buccale ou pharyngienne, lorsque l'inflammation dont elle avait été le siége commence à se résoudre, lorsque les ulcérations dont elle avait été couverte commencent à se cicatriser. Ainsi donc il paraît très-probable que dans le cas dont il s'agit ici, la membrane muqueuse a été beaucoup plus gravement affectée qu'on ne la trouve, et que l'inflammation dont elle a été le siége, persistant dans les tissus subjacents, marche vers une résolution complète; 3° D'après ce qui vient d'être dit, on conçoit que des cas peuvent se présenter dans lesquels ces dernières traces d'inflammation de la membrane muqueuse auront complétement disparu, et où elle se montrera dans un état parfaitement sain, en même temps que les tissus qui lui sont subjacents sont plus ou moins profondément désorganisés. Il n'est pas effectivement très-rare d'observer ce troisième cas.

Dans la membrane muqueuse pulmonaire, on peut observer encore la même succession de phénomènes. Ainsi, dans la bronchite aiguë, la membrane muqueuse paraît seule affectée; dans la bronchite chronique, il y a un degré dans lequel on observe à la fois et des altérations plus ou moins variées de la muqueuse, et des lésions fort remarquables des tis-

sus subjacents, spécialement l'épaississement de la membrane muqueuse, l'hypertrophie des cerceaux cartilagineux. Enfin, il y a un autre degré dans lequel la membrane muqueuse a repris son état sain, du moins en apparence, et où l'on n'observe plus que l'altération des autres tuniques des conduits aérifères. J'ai cité ailleurs des cas de ce genre (1).

Si ces exemples ne suffisaient pas pour démontrer que, dans un grand nombre de cas du moins, l'altération des tissus subjacents aux membranes muqueuses a son point de départ dans une inflammation de ces membranes qui peut encore persister, ou qui s'est complétement dissipée, je pourrais encore citer d'autres cas dans lesquels cette succession de phénomènes peut être en quelque sorte appréciée du doigt et de l'œil. Ainsi, après une inflammation plus ou moins intense de la conjonctive, et lorsque cette membrane a repris sa blancheur et sa transparence accoutumées, le tissu cellulaire qui l'unit à la sclérotique peut rester enflammé, infiltré de pus, s'épaissir, et devenir le siége de diverses dégénérations. Ainsi chez des individus qui avaient eu anciennement des gonorrhées, et dont le canal de l'urètre était devenu le siége de rétrécissements, on a trouvé la membrane muqueuse très-saine, mais, au-dessous d'elle, le tissu cellulaire épaissi et induré. C'est encore ainsi que, chez certains individus qui ont eu longtemps une inflammation chronique d'une partie de la peau, qui, par exemple, ont longtemps porté des ulcères aux jambes, le tissu cellulaire subjacent aux portions malades de l'enveloppe cutanée s'enflamme aussi, et conserve une dureté comme squirrheuse, longtemps après que toute trace d'inflammation s'est dissipée sur la peau. Enfin, je pourrais également citer des cas d'inflammations aiguës ou chroniques des membranes séreuses ou synoviales dans lesquelles ces membranes étant revenues à un état tout à fait sain, on a retrouvé dans le tissu cellulaire subjacent des traces d'inflammation chronique, telles qu'induration, épaississement squirrheux, transformation fibreuse ou cartilagineuse, etc.

En ne raisonnant donc que par voie d'analogie, nous serions naturellement conduits à admettre que l'espèce de loi dont nous venons de constater l'existence dans le canal intestinal, dans les voies aériennes, dans la membrane muqueuse de l'œil, dans celle de l'urètre, dans l'enveloppe cutanée, dans les tissus séreux et synovial, existe aussi pour l'es-

---

(1) *Clinique médicale*, dans les volumes consacrés à l'étude des maladies de poitrine.

tomac ; c'est-à-dire que l'inflammation, dont on ne trouve plus de traces que dans les tissus subjacents à la membrane muqueuse de cet organe, a primitivement existé dans cette muqueuse. Mais de plus, pour l'estomac comme pour les autres organes ou tissus dont il vient d'être question, cette proposition peut être démontrée par des preuves directes. Ainsi, sur la membrane muqueuse de l'estomac comme sur celle de l'intestin, il m'a été plus d'une fois possible de suivre en quelque sorte la dégradation de l'inflammation, de pouvoir apprécier d'une manière plus ou moins rigoureuse les divers intermédiaires par lesquels passait pour ainsi dire la membrane muqueuse pour retourner de l'état malade à l'état sain. Ainsi, en même temps qu'existaient diverses altérations des tuniques subjacentes, tantôt je trouvais la membrane muqueuse rouge, épaisse, ramollie, quelquefois ulcérée; tantôt ces traces d'inflammation de la muqueuse étaient beaucoup moins évidentes : elle était, par exemple, molle, mais blanche; tantôt enfin il était bien évident, d'après la nature des altérations, que la membrane muqueuse avait été beaucoup plus malade qu'elle ne le paraissait à l'époque où était faite l'inspection anatomique. Dans un cas, par exemple, que j'ai eu occasion d'observer à la Charité, avec mon ami et collaborateur M. Reynaud, nous avons trouvé la surface interne de l'estomac blanche dans toute son étendue, du côté du pylore il y avait une manifeste induration du tissu cellulaire sous-muqueux, avec hypertrophie de la membrane musculaire. Ces tissus, en s'éloignant du pylore, reprenaient leur aspect physiologique, puis, vers le milieu de l'estomac, les parois de cet organe présentaient un nouvel épaississement, une dureté comme cartilagineuse; cette induration résidait uniquement dans les diverses tuniques subjacentes à la muqueuse; dans toute l'étendue de cet épaississement, égale environ à celle d'une pièce de cinq francs, la membrane muqueuse elle-même n'existait plus. Il en résultait une ulcération tellement superficielle, avec bords blancs et fond également blanc au niveau des bords, qu'on ne l'apercevait pas au premier coup d'œil. Le fond était formé par le tissu cellulaire notablement épaissi. L'individu chez lequel fut trouvée cette altération avait éprouvé, trois ans auparavant, tous les symptômes d'une gastrite aiguë, tels que douleur épigastrique avec mouvement fébrile, vomissements, soif ardente, etc. Ces symptômes s'étaient amendés peu à peu; mais depuis cette époque, le malade avait conservé des digestions pénibles, et de temps en temps ses aliments étaient rejetés. Une péritonite chronique contribua à hâter sa fin.

Très-vraisemblablement il y avait eu une époque où la solution de continuité dont la membrane muqueuse gastrique était le siége chez cet individu avait présenté des caractères en quelque sorte plus inflammatoires que ceux qui furent constatés lors de l'ouverture du cadavre; très-vraisemblablement, autour de cette solution de continuité, la membrane muqueuse avait été plus ou moins enflammée. L'ulcération semblait marcher vers la cicatrisation; encore quelque temps, et l'on eût trouvé peut-être la membrane muqueuse blanche et saine au-dessus de l'épaississement de la partie moyenne de l'estomac, comme on la trouva blanche et saine au-dessus de l'épaississement du pylore. Si cependant, d'après la seule inspection anatomique, on pouvait encore douter que l'inflammation de la membrane muqueuse eût été dans ce cas le point de départ, et qu'elle eût préexisté aux altérations des autres tuniques, et qu'enfin les lésions qu'elle présentait ne fussent en quelque sorte que les vestiges de lésions plus graves, nous invoquerions une autre source de lumières, nous interrogerions les symptômes; et de leur ordre de succession nous tirerions l'inévitable conséquence que le tissu primitivement enflammé a été la membrane muqueuse (première période de la maladie; gastrite à l'état aigu); que plus tard l'inflammation de cette membrane est devenue moins intense (cessation de la fièvre et de la douleur épigastrique); qu'elle a cependant persisté en même temps que les tissus subjacents sont devenus consécutivement malades (difficulté des digestions; anorexie habituelle; vomissements devenant de plus en plus rares).

Enfin, lors même que la membrane muqueuse de l'estomac a repris sa blancheur, son épaisseur, sa consistance physiologique, et lorsque en même temps il y a induration des tissus subjacents, doit-on regarder dans tous les cas cette membrane comme revenue à son état entièrement normal? Remarquez que, dans plusieurs de ces cas où la membrane muqueuse paraît bien saine aux yeux de l'anatomiste, la digestion continue à être pénible, laborieuse, telle en un mot qu'elle existe chez les individus dont la membrane muqueuse présente, après la mort, des traces plus ou moins prononcées de phlegmasie chronique. Il semble donc que dans les cas de ce genre la membrane muqueuse recouvre l'aspect qui, du moins pour nos faibles moyens de recherches, constitue son état normal, avant de recouvrer l'intégrité de ses fonctions; il semble qu'il y a une époque où déjà cette membrane n'est plus enflammée, mais où elle n'a point encore la faculté d'imprimer aux aliments la modification qui doit

les transformer en chyme, quel que soit d'ailleurs le procédé physique, chimique ou vital, par lequel s'opère cette transformation. Ce n'est pas d'ailleurs seulement dans la membrane muqueuse de l'estomac que l'on trouvera des exemples de tissus qui, après avoir été le siége d'une inflammation plus ou moins évidente, ont repris un aspect sain, et dont les fonctions sont cependant encore notablement altérées. Ainsi, chez quelques individus qui avaient présenté pendant la vie tous les symptômes d'une bronchite chronique avec expectoration puriforme abondante, j'ai trouvé blanche et saine en apparence la membrane muqueuse du larynx, de la trachée-artère et des bronches. D'après la seule inspection anatomique, on n'eût pas hésité à admettre que cette membrane était parfaitement saine, et cependant la sécrétion abondante puriforme dont elle était le siége attestait son état pathologique.

L'aspect sain, en apparence du moins, de la membrane muqueuse de l'estomac dans les cas de gastrite chronique est toutefois une circonstance assez rare, et le plus souvent elle présente diverses altérations relatives à sa couleur, à sa consistance, à son épaisseur et à sa forme. Ces altérations variées peuvent exister isolées ou réunies. Ainsi, en même temps que la membrane muqueuse est rouge ou brune, elle peut être indurée ou ramollie, hypertrophiée ou amincie, etc. D'autres fois, une quelconque de ces altérations peut se montrer seule : il peut y avoir, par exemple, simple changement de couleur ; d'autres fois, chose plus remarquable, la consistance de la muqueuse se trouve notablement diminuée, sans que la couleur ait subi aucune modification.

Les altérations que subit dans sa couleur la membrane muqueuse enflammée sont-elles différentes dans l'inflammatoire aiguë de l'estomac et dans son inflammation chronique ? Il est quelques nuances de couleur qui appartiennent également à ces deux états ; il en est d'autres qui dénotent plus spécialement l'existence d'une phlegmasie chronique.

Les nuances de couleur qui appartiennent surtout à la gastrite chronique sont la couleur gris-ardoise, la couleur brune, enfin la couleur noire plus ou moins foncée. Ce n'est pas à dire que ces diverses teintes ne puissent aussi se retrouver dans quelques cas d'inflammation très-aiguë ; elles ont été quelquefois produites par M. le professeur Orfila sur des animaux, dans l'estomac desquels ce savant et habile expérimentateur avait introduit des substances irritantes. Chez l'homme, je crois qu'il y a très-peu d'exemples de couleur gris-ardoise, brune ou noire, trouvés dans des estomacs frappés d'inflammation aiguë ; rien n'est, au

contraire, plus commun dans la gastrite chronique. Il est vraisemblable que, chez l'homme, de même que chez les animaux expérimentés par M. Orfila, la phlegmasie aiguë ne s'est principalement montrée avec ces nuances de couleur que dans les cas d'empoisonnement par des substances âcres ou corrosives, c'est-à-dire, dans les cas où l'inflammation du ventricule ayant en quelque sorte acquis son *maximum* d'acuité, tend à produire la rapide désorganisation de la membrane muqueuse.

Il est, ce me semble, assez remarquable que la même coloration se remarque dans les deux extrêmes, pour ainsi dire, de la gastrite, savoir : dans l'inflammation sur-aiguë, qui entraîne rapidement les malades au tombeau, et dans l'inflammation chronique, qui souvent ne manifeste son existence que par des symptômes très-peu graves. Voilà le fait, tel que l'observation nous le donne. Pour l'expliquer, il faudrait savoir d'une manière rigoureuse quelle est la cause de la couleur brune, gris-ardoise, etc., que présente la membrane muqueuse de l'estomac, soit dans le cas de gastrite sur-aiguë, soit plus souvent encore dans le cas de gastrite chronique. Or on ne peut faire ici que de simples conjectures, qui reposent, à la vérité, sur quelques faits que voici : Hunter a depuis longtemps démontré (1) que, toutes les fois que le sang artériel se trouve arrêté ou même simplement ralenti dans son cours, il prend la couleur du sang veineux. Ainsi, par exemple, si sur un animal on ouvre une artère dans une portion interceptée quelque temps auparavant entre deux ligatures, il en sort un sang noir analogue au sang veineux. Hunter a également remarqué que le sang qui sort d'une artère divisée, et qui s'épanche dans le tissu cellulaire environnant, devient également noir en s'y coagulant. On retrouve encore cette même coloration noire dans le sang de la plus grande partie des apoplexies cérébrales, dans celui des apoplexies pulmonaires. A moins que l'on ne suppose, ce qui n'est nullement probable, que dans ces hémorragies les veines seules fournissent le sang, il faudra bien admettre que, dans le cerveau et dans le poumon, le sang, rouge au moment où l'épanchement a eu lieu, a acquis plus tard la couleur noire qu'il présente. Pourrons-nous expliquer de même la coloration brune ou noire de la membrane muqueuse de l'estomac dans un certain nombre de gastrites. Pour cela, il faut que l'expérience ait constaté qu'il y a des cas où dans une partie enflammée

(1) *Traité du sang et de l'inflammation.*

le sang circule plus lentement que dans cette même partie saine, et où il tend même à éprouver dans cette partie enflammée une véritable stase. Or, ce ralentissement du cours du sang dans un tissu dont l'inflammation s'est emparée a été démontrée par les expériences du docteur Wilson Philipp. Une inflammation étant produite dans le tissu cellulaire de la cuisse d'une grenouille, dans la nageoire d'un poisson, dans le mésentère d'un lapin, le microscope, dit M. Wilson Philipp, ne tarde pas à montrer que le mouvement des globules du sang, ordinairement si rapide, est notablement ralenti; il semble même tout à fait suspendu là où l'inflammation paraît être le plus intense. Si donc il est prouvé, d'une part, que, dans certaines circonstances, le sang circule moins rapidement, ou même s'arrête dans une partie enflammée; s'il est prouvé, d'autre part, que le sang tend à noircir là où la circulation est languissante ou suspendue, il ne paraîtra pas déraisonnable d'expliquer ainsi la coloration brune de la muqueuse de l'estomac dans certaines gastrites. Mais pourquoi ne l'observe-t-on surtout, comme je le disais tout à l'heure, que dans les deux extrêmes, dans l'inflammation sur-aiguë et dans l'inflammation chronique? C'est que c'est précisément dans ces deux extrêmes que devra avoir lieu, surtout dans la muqueuse gastrique, une stase plus ou moins complète du sang. Ainsi, dans l'inflammation sur-aiguë, de l'extrême et subite dilatation des vaisseaux devra résulter un embarras notable de la circulation, une sorte d'étranglement, d'où résultera l'obstruction des capillaires; et alors consécutivement à cette obstruction on pourra observer la coagulation du sang dans l'artère qui se rend à la partie enflammée, de même qu'on voit le sang se coaguler dans une veine, au-dessous de l'endroit où celle-ci se trouve comprimée. De là, enfin, pourra résulter la terminaison de l'inflammation par gangrène : dans celle-ci, en effet, on a souvent constaté la coagulation du sang dans les artères, mais on regardait cette coagulation comme consécutive à la gangrène, tandis que, d'après tout ce qui vient d'être dit, je serais au contraire porté à croire que la coagulation du sang dans l'artère précède la gangrène, et que celle-ci n'en est que le résultat nécessaire.

Dans l'inflammation chronique, il n'y aura plus stase complète du sang, comme dans l'inflammation sur-aiguë dont il vient d'être question; aussi dans cette inflammation chronique, la membrane muqueuse ne présentera pas une couleur noire aussi foncée, mais seulement une teinte grise-ardoisée ou brune, qui sera elle-même plus ou moins pro-

noncée, suivant le ralentissement plus ou moins grand du cours du sang. Or ce ralentissement semble devoir exister toutes les fois que les vaisseaux de la partie enflammée ont subi une dilatation considérable, dilatation qui doit être surtout prononcée dans les cas de phlegmasies chroniques. Ce ralentissement du sang dans une partie dont les vaisseaux capillaires ont éprouvé une grande dilatation est le résultat de cette loi d'hydrodynamique, en vertu de laquelle le cours d'un liquide quelconque doit se ralentir, lorsque, coulant à pleins tuyaux, il vient à passer d'un endroit moins large dans un endroit plus large; c'est là une des causes pour lesquelles, dans l'état normal, le sang circule moins vite dans les capillaires; on conçoit donc qu'il y circulera encore plus lentement, si le diamètre de ces innombrables vaisseaux vient encore à être accidentellement accru.

La dilatation des vaisseaux peut d'ailleurs persister après que l'inflammation a cessé, et avec elle doit aussi subsister la couleur brune. Il semble, en effet, indépendamment de toute explication, que, dans quelques cas, cette couleur continue à exister dans une partie anciennement enflammée, mais qui ne l'est plus. Cela est incontestable pour la peau : on voit souvent, autour d'ulcères cicatrisés et parfaitement guéris depuis longtemps, la peau conserver dans une étendue plus ou moins grande, une couleur d'un rouge brun plus ou moins foncé. L'analogie semble conduire à admettre que, dans quelques cas, ce qui existe pour la peau peut aussi exister pour certaines portions de membranes muqueuses, et en particulier pour la muqueuse gastrique.

Il est d'ailleurs maintenant si généralement reconnu que les diverses colorations dont je viens de parler sont le résultat d'une phlegmasie, et surtout d'une phlegmasie chronique, que je ne crois pas devoir même m'arrêter à le prouver. Cependant si quelques personnes pouvaient encore douter que la teinte grise-ardoisée, brune ou noirâtre, de la surface interne de l'estomac, annonce une inflammation chronique de cet organe, je soumettrais les faits suivants à leur méditation.

1° Si l'on a bien observé les symptômes qu'ont présentés pendant la vie les individus dont l'estomac offre après la mort une des teintes dont il est ici question, constamment on trouvera que ces individus ont eu des symptômes de gastrite chronique : tel est du moins le résultat d'un grand nombre d'observations recueillies à l'hôpital de la Charité. Mais il arrive souvent que ces symptômes échappent à une investigation peu attentive, soit parce qu'ils sont effectivement peu tranchés, soit surtout

parce que la gastrite chronique ne survient fréquemment que comme complication d'une autre maladie qui fixe plus ou moins exclusivement l'attention. Trop souvent peut-être on a dit que des lésions plus ou moins graves des organes pouvaient exister sans produire de symptômes. Mais combien de ces lésions auraient cessé d'être latentes, si, pendant la vie, toutes les fonctions avaient été l'objet d'un scrupuleux et patient examen !

2° Dans le plus grand nombre de cas, en même temps que la couleur de la membrane muqueuse a subi une des modifications indiquées, elle présente d'autres altérations qu'on ne peut se refuser à regarder comme des résultats de phlegmasie : ainsi, elle est épaisse, dure, couverte de végétations, etc. ; au-dessous d'elle, les autres tuniques de l'estomac présentent quelquefois aussi des traces douteuses d'une inflammation plus ou moins intense. Si la coexistence de ces diverses altérations et de la couleur brune de la muqueuse est le cas le plus général ; si, au contraire, ce n'est que beaucoup moins souvent qu'on observe ce changement de coloration sans autre lésion, nous serons naturellement porté à admettre par analogie que, même lorsqu'il existe seul, il résulte aussi d'un travail inflammatoire.

3° Dans certains cas d'ulcérations de l'estomac, et plus souvent dans les ulcérations du reste du canal intestinal, on trouve leurs bords soit gris-ardoisés, soit d'un brun plus ou moins foncé. Or, là où existe une ulcération, là un travail inflammatoire ne peut pas être révoqué en doute. Si la couleur brune des bords de l'ulcère dépendait d'une autre cause que de l'inflammation, pourquoi n'existerait-elle qu'autour de l'ulcération ? pourquoi la verrait-on décroître et disparaître dans les intervalles qui séparent les ulcérations ? Vous retrouverez encore cette même teinte brune ou noire colorant les bords d'un certain nombre d'ulcérations des artères ; et ici, comme dans le canal digestif, vous verrez le changement de couleur n'occuper que le pourtour des ulcérations, et entre celles-ci la face interne de l'artère reprendra sa couleur blanche.

4° Ce n'est point à la putréfaction que la teinte grise-ardoisée, brune, etc., de la membrane muqueuse de l'estomac peut être attribuée : car plus d'une fois j'ai ouvert des cadavres déjà putréfiés à divers degrés, j'ai trouvé la surface interne de l'estomac et des intestins offrant une teinte rouge livide, soit uniformément répandue, soit disposée par plaques, par stries, ou par bandes. Cette teinte rougeâtre était le résultat probable de la transsudation de la matière colorante du sang à travers

les parois vasculaires, semblable à la transsudation de la bile, qui s'opère plus promptement à travers la vésicule du fiel. Mais, quel que fût le degré de putréfaction, soit faible, soit très-avancé, je n'ai jamais vu aucune teinte qui ressemblât à la couleur grise-ardoisée ou brune de la gastrite chronique.

On a dit que cette teinte particulière devait être considérée dans le plus grand nombre des cas comme le résultat de la coloration de la membrane muqueuse par les gaz contenus dans l'estomac ou dans les intestins. Cette coloration, on l'attribue surtout au gaz hydrogène sulfuré ; mais, dans l'estomac, l'existence de ce gaz n'a jamais été démontrée, et la coloration brune y est fréquente. Rien ne prouve d'ailleurs que le gaz hydrogène sulfuré ou tout autre gaz ait la propriété de colorer les tissus animaux en brun ou en noir.

Jusqu'à ce qu'on ait enfermé une série de gaz dans des portions d'intestins, et qu'on ait observé si celles-ci se colorent ou non, l'assertion qui nous occupe ne devra être considérée que comme une simple supposition.

La teinte brune que présente la membrane muqueuse de l'estomac chroniquement enflammé, offre de nombreuses variétés sous le rapport de sa disposition et de son étendue. Relativement à sa disposition, on la trouve quelquefois circonscrite dans un petit nombre de points formant comme des taches isolées qui peuvent être régulièrement arrondies ou plus ou moins irrégulières. Dans l'intervalle de ces taches grises, brunes ou noires, la membrane muqueuse peut conserver une blancheur plus ou moins parfaite. En raison de leur exacte circonscription, de leur couleur tranchée, on dirait souvent que, là où existent ces taches, a été déposée une goutte de matière colorante d'un brun plus ou moins foncé. Tantôt dans ces sortes de taches on n'aperçoit qu'une teinte uniforme, tantôt l'œil nu ou armé de la loupe reconnaît qu'elles sont spécialement formées par une agglomération de vaisseaux d'un diamètre infiniment petit, et remplis eux-mêmes d'un sang noir. Ces taches constituent autant de petites phlegmasies circonscrites à l'instar des taches rouges, également isolées, qu'on observe assez fréquemment dans les cas de gastrite aiguë.

Au lieu des simples taches que je viens de décrire, la membrane muqueuse peut présenter soit des plaques brunes plus ou moins larges, soit des bandes, des stries, des lignes de même couleur ; enfin c'est dans le quart, la moitié, ou même la totalité de son étendue, qu'elle peut présenter une teinte uniformément brune ou noirâtre.

Les anatomistes ne semblent pas encore avoir signalé d'une manière spéciale une variété de coloration noire que présente assez rarement l'estomac, mais beaucoup plus fréquemment l'intestin grêle. La surface interne de celui-ci paraît alors comme parsemée de myriades de petits points noirs presque microscopiques, qui, suivant qu'ils sont plus ou moins nombreux, peuvent donner à toute la surface intestinale une teinte noire plus ou moins prononcée. Ces points noirs sont bien différents, par leur aspect, d'une autre espèce de points noirs, isolés ou agglomérés, signalés depuis longtemps par Peyer, et qui appartiennent à des follicules. Si l'on examine à la loupe ceux dont il s'agit ici, on voit qu'ils occupent le sommet, et plus rarement toute l'étendue de filaments ou de lamelles qui ne sont autre chose que les villosités intestinales. Il est clair que, si on rencontre moins fréquemment ces espèces de points noirs dans l'estomac que dans l'intestin grêle, c'est que dans l'estomac les villosités sont moins prononcées et moins abondantes. Par un examen attentif fait à la loupe, l'intestin étant recouvert par une couche mince d'eau, on s'assure que ces myriades de points noirs qui ressemblent à de petites houppes, sont le résultat d'une injection vasculaire très-fine des villosités intestinales. Quelques faits me portent à penser que l'injection noire de ces villosités, qui les rend si apparentes, se trouve liée le plus souvent à un état de phlegmasie chronique de l'intestin grêle. Dans plusieurs cas d'anciennes diarrhées, je n'ai trouvé dans les intestins d'autre altération appréciable qu'une semblable coloration.

Si dans tous les cas de gastrite chronique, la couleur de la membrane muqueuse se présentait telle qu'elle vient d'être indiquée, on pourrait presque toujours reconnaître avec facilité, par la seule inspection de l'estomac, si l'inflammation a affecté une marche aiguë ou chronique, puisque nous avons vu que c'est dans un très-petit nombre de cas de gastrites sur-aiguës, telles que celles produites par empoisonnement, que la membrane muqueuse présente une couleur brune plus ou moins foncée; et que, hors ces cas assez rares, la coloration brune annonce une gastrite chronique. Mais ce qu'il est bien important de savoir, c'est qne très-souvent aussi, l'estomac étant chroniquement enflammé, sa membrane muqueuse n'est ni grise-ardoisée, ni brune, ni noire, mais offre une couleur rouge plus ou moins parfaitement analogue à la couleur rouge de l'inflammation aiguë. Récemment encore on a ouvert à l'hôpital de la Charité le cadavre d'un jeune homme qui, depuis plus de huit mois, présentait tout les symptômes d'une gastrite chronique, tels

que vomissements, pesanteur épigastrique à la suite de l'ingestion des aliments, complète anorexie; d'ailleurs état naturel de la langue, circonstance qui est aussi commune dans la gastrite chronique qu'elle est rare dans la gastrite aiguë. Chez cet individu on trouva la membrane muqueuse de l'estomac colorée en rouge vermeil dans une grande partie de son étendue. Chez d'autres individus, qui avaient offert les mêmes symptômes, j'ai rencontré une coloration brune de toute la muqueuse. L'un des symptômes les plus saillants, le vomissement, peut d'ailleurs également manquer et dans le cas de coloration rouge et dans celui de coloration brune. Nous ne chercherons pas à établir que la gastrite, avec rougeur vermeille de la membrane muqueuse, est une inflammation aiguë indéfiniment prolongée, et que dans l'inflammation véritablement chronique il y a coloration brune de cette membrane. Nous savons que dans l'un et l'autre cas ce sont les mêmes symptômes qui peuvent se manifester : mais il est bien possible que dans ces deux cas le traitement doive être différent. Nous croyons que, dans le premier cas, quelque longue que soit la maladie, les moyens exclusivement antiphlogistiques, et un régime doux et sain sont seuls convenables, tandis que le second cas, au contraire, est peut-être un de ceux dans lesquels on se trouve bien d'avoir recours, soit à quelques médicaments plus ou moins excitants, soit à une alimentation moins douce.

Doit-on enfin rapporter à une inflammation chronique de l'estomac une autre nuance de couleur de sa membrane muqueuse, dans laquelle celle-ci, au lieu d'être ou rouge ou brune, est au contraire d'un blanc mat, comme laiteux, couleur bien différente de l'espèce de teinte blanche qui semble constituer son état normal ? Je crois devoir rapporter encore à une gastrite chronique cette remarquable modification de la couleur de la membrane muqueuse. En effet 1° j'ai trouvé cette couleur toujours réunie à d'autres altérations qui annonçaient d'une manière non équivoque l'existence d'une inflammation, telle qu'épaississement et induration de la membrane; 2° d'autres tissus enflammés présentent également une teinte d'un blanc plus mat que celle qui leur est naturelle. Tel est le cas du tissu cellulaire épaissi et induré qui entoure d'anciens ulcères; tel est encore le cas des membranes séreuses recouvertes par des productions membraniformes qui, d'abord molles et rouges, se sont indurées peu à peu, et ont en même temps acquis une blancheur laiteuse fort remarquable. Qui n'a vu de semblables taches ou plaques blanches dans le péricarde, dans l'arachnoïde, ou dans la

plèvre? Eh bien étudiez par quels degrés l'inflammation a passé pour produire dans le tissu cellulaire, dans les membranes séreuses, cette blancheur insolite; vous retrouverez les mêmes degrés dans les phlegmasies des membranes muqueuses : l'analogie vous conduira donc à admettre que, dans ce dernier tissu, comme dans les autres, la couleur d'un blanc plus mat que dans l'état normal peut être considérée comme un résultat de phlegmasie.

3° Enfin, chez des individus qui avaient présenté tous les symptômes de la gastrite chronique la mieux caractérisée, l'estomac ne m'a présenté d'autre lésion remarquable que de larges plaques dans lesquelles la membrane muqueuse était plus dure, plus épaisse, et en même temps d'un blanc notablement plus mat que dans le reste de son étendue. Dans un cas surtout récemment observé à la Charité, les symptômes locaux et généraux étaient tellement tranchés qu'on avait cru à l'existence d'une affection dite cancéreuse de l'estomac; le malade avait offert plusieurs fois des vomissements de matière noire semblable à de la suie ou du marc de café. Eh bien l'estomac ne présenta rien autre chose, vers le milieu de son corps, qu'une plaque d'un blanc véritablement laiteux, un peu plus large que la paume de la main, avec induration et épaississement manifeste de la membrane muqueuse, là seulement où existait cette teinte blanche insolite. Celle-ci était en outre comme interrompue en plusieurs points par des taches rouges, résultat d'injections vasculaires partielles; et de plus, partout où régnait cette même teinte laiteuse, la muqueuse était recouverte par une couche membraniforme, d'un blanc mat comme elle, sorte d'exsudation presque solidifiée, ressemblant assez à l'épiderme, qui se termine en frange autour du cardia, lorsque cet épiderme plus épais que de coutume, contraste par sa blancheur et son apparence inorganique avec la membrane muqueuse de l'estomac, qui au-dessous de lui se continue avec celle de l'œsophage.

D'autres fois la teinte blanche laiteuse qui nous occupe coïncide avec un état de boursouflement et de ramollissement de la membrane muqueuse; des vaisseaux la sillonnent; des taches rouges la parsèment : cet état se rapproche beaucoup de celui qui a été décrit par les anatomistes sous le nom de cancer mou des membranes muqueuses; ce n'est, à mon avis, qu'une des modifications infiniment variées que l'inflammation chronique peut faire subir à la membrane muqueuse de l'estomac. Cette assertion ne me paraît être que la conséquence rigoureuse des faits précédemment exposés.

Dans presque tous les cas où l'estomac a été le siége d'une inflammation de longue durée, l'ouverture du cadavre démontre que la consistance de la membrane muqueuse a subi une modification plus ou moins notable. Tantôt cette consistance est augmentée; tantôt, au contraire, elle a subi une remarquable diminution : dans le premier cas, il y a *induration*, et, dans le second cas, *ramollissement* de la membrane.

L'induration de la membrane muqueuse de l'estomac est un des meilleurs caractères anatomiques à l'aide desquels la gastrite chronique puisse être distinguée de la gastrite aiguë; et ce que nous disons ici relativement à la tunique interne du ventricule peut s'appliquer à tous les tissus membraneux ou parenchymateux. Dans tous l'inflammation aiguë produit un grand nombre de lésions qui ne diffèrent pas de celles auxquelles peut aussi donner lieu l'inflammation chronique. Ainsi, par exemple, dans les membranes muqueuses, le ramollissement peut également s'observer, soit que l'inflammation y ait marché d'une manière lente ou rapide. L'induration, au contraire, appartient exclusivement à la phlegmasie chronique.

L'induration de la muqueuse gastrique peut être générale ou partielle :

Elle peut exister, 1° avec couleur naturelle de la membrane, ainsi qu'on l'observe pour d'anciennes phlegmasies de la peau ou du tissu cellulaire; 2° avec couleur de la muqueuse d'un blanc plus mat que dans l'état normal; nous avons déjà signalé ce cas; 3° avec couleur grisâtre, ou d'un brun plus ou moins foncé. Je n'ai jamais vu l'induration, qu'il ne faut pas confondre avec le simple épaississement, coïncider avec une couleur rouge vermeille de la muqueuse.

Bien qu'assez commune, l'induration de la membrane muqueuse de l'estomac s'observe encore moins souvent que son ramollissement. Celui-ci est sans contredit une des plus fréquentes altérations que présente l'estomac des individus qui succombent dans les hôpitaux à diverses maladies chroniques. Si donc, comme j'ai essayé de le prouver ailleurs, le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac résulte souvent de son inflammation, il faudra en conclure que la gastrite, soit aiguë, soit chronique, est une maladie très-fréquente ; soit, d'ailleurs, qu'elle existe comme affection principale, soit qu'elle ne se montre que consécutivement et comme complication.

Considérée sous le rapport de son épaisseur, la membrane muqueuse de l'estomac, chroniquement enflammée, peut se présenter sous trois

états : 1° elle peut avoir conservé son épaisseur naturelle ; 2° cette épaisseur peut être plus ou moins notablement augmentée ; 3° enfin, au lieu d'un accroissement d'épaisseur, la membrane muqueuse peut être amincie. Examinons successivement ces trois états.

Nous n'avons presque rien à dire sur le premier état, celui dans lequel la membrane muqueuse n'a sensiblement ni augmenté ni diminué d'épaisseur (1). C'est un fait qu'il suffit de constater. Ce cas n'est pas d'ailleurs très-rare. En même temps on trouve la membrane muqueuse, soit simplement rouge ou brune, soit à la fois diversement colorée et plus ou moins ramollie.

L'augmentation d'épaisseur de la membrane muqueuse est très-fréquente dans les cas de phlegmasie chronique. Elle peut exister soit avec un état de ramollissement de la membrane, soit au contraire avec son induration. Dans le premier cas, l'augmentation d'épaisseur n'est en quelque sorte qu'apparente ; la membrane est tuméfiée, boursouflée, comme gonflée par les liquides qui y affluent de toutes parts sous l'influence du stimulus inflammatoire ; ainsi se tuméfie le tissu réticulaire de la peau là où est appliqué un vésicatoire. Cette tuméfaction de la membrane muqueuse gastrique avec ramollissement s'observe plus souvent dans la gastrite aiguë que dans la chronique ; cependant elle existe quelquefois aussi dans cette dernière. Au contraire, l'augmentation d'épaisseur avec induration n'existe que dans la gastrite chronique, et en est certainement un des signes les moins équivoques. Il y a, dans ce cas, accroissement réel de densité, véritable *hypertrophie* de la membrane muqueuse. C'est la conséquence naturelle de la nutrition plus active dont cette membrane doit devenir nécessairement le siége, lorsque, enflammée depuis longtemps, elle reçoit une plus grande quantité de sang que dans son état physiologique. Tant que cette hypertrophie seule a lieu, on peut dire que l'inflammation n'a fait que donner un excès d'activité à la nutrition de la membrane muqueuse, à peu près de la même manière que l'exercice donne lieu à l'hypertrophie d'un muscle ; mais alors les lois de la nutrition n'en sont pas moins celles qui existaient dans l'état physiologique. Si, au contraire, au lieu de cette simple hypertrophie, la membrane muqueuse gastrique présente du ramollissement, si elle s'ulcère,

(1) *Voyez*, sur les différences naturelles d'épaisseur de la membrane muqueuse, dans les divers points de son étendue, le Mémoire déjà cité de M. Louis.

si son tissu se transforme en de nouveaux tissus, alors on ne doit plus seulement admettre un excès d'activité des phénomènes nutritifs; mais il faut reconnaître que les lois qui président à l'accomplissement de ces phénomènes ont subi une modification, une perversion véritable. Ce qu'il est d'ailleurs bien important de remarquer, c'est que l'un ou l'autre de ces effets, savoir, le simple accroissement d'activité de la nutrition, ou sa perversion, ne paraît point être en rapport direct avec l'intensité de l'inflammation. Violente et de très-longue durée, elle peut ne donner lieu qu'à une simple hypertrophie du tissu dont elle s'est emparée; très-légère en apparence, elle peut modifier, pervertir profondément les lois de la nutrition, et produire ainsi les désorganisations, les dégénérations les plus variées.

Soit que l'épaississement de la muqueuse gastrique coïncide avec son ramollissement ou avec son induration, il peut avoir envahi à la fois une grande étendue de cette membrane, ou bien n'en occuper que quelques points circonscrits. Ces épaississements isolés, partiels, peuvent être à peine sensibles à la simple vue, et appréciables seulement lorsqu'on a détaché la membrane. Mais d'autres fois, ils sont beaucoup plus considérables; de là résultent des exanthèmes, des végétations, des tumeurs qui présentent d'infinies variétés sous le rapport de leur forme, de leur texture, de leur grandeur, de leur nombre, de leur situation.

Je ne m'arrèterai point à décrire les formes différentes, si bizarres, que peuvent affecter ces tumeurs; mais je ferai remarquer que c'est souvent uniquement en raison de telle ou telle de ces formes qu'on s'est cru autorisé à faire de plusieurs de ces tumeurs des maladies particulières, et qu'on s'est habitué, sans plus ample examen, à séparer leur description de l'histoire de la gastrite chronique, comme si une simple modification de forme pouvait établir une différence réelle entre des maladies semblables sous tous les autres rapports. Je ne m'appesantirai pas non plus, et sur les différences de grandeur de ces tumeurs, et sur leurs variétés de nombre; ces détails se trouvent partout: de telles différences, comme celles de la forme, ne sont non plus qu'accidentelles, et ne peuvent pas plus servir que celles-ci à distinguer la nature de la maladie. Pour atteindre ce dernier but, c'est surtout et leur mode de développement et leur texture qu'il faudra étudier.

Considérées sous le rapport de leur texture, ou de leur composition anatomique, si je puis ainsi dire, les tumeurs développées à la surface interne de la membrane muqueuse de l'estomac, et semblant n'être

qu'une sorte d'expansion morbide de cette membrane, peuvent se diviser en deux classes. Dans la première se rangeront toutes les tumeurs, végétations, etc., dont la texture représente exactement la texture de la membrane muqueuse, soit indurée, soit ramollie à divers degrés. Dans la seconde classe on placera les tumeurs dont la texture apparente ne semble plus avoir d'analogie avec la texture de la membrane muqueuse, soit saine, soit altérée. La première classe de tumeurs me paraît être celle qu'on a le plus souvent occasion d'observer ; et, s'il est prouvé que l'induration et le ramollissement de la muqueuse gastrique sont un résultat de son inflammation, ces mêmes altérations devront également être rattachées à celle-ci, lorsqu'elles seront circonscrites, et avec épaississement assez considérable pour qu'il en résulte des tumeurs. Il est clair que ce simple changement de forme ne saurait entraîner un changement dans la nature de la maladie. Le point de controverse ne peut donc plus exister que pour la seconde classe de tumeurs, dont la texture ne semble plus être celle de la membrane muqueuse, soit dans son état sain, soit lorsqu'elle est enflammée à divers degrés. Ainsi, parmi les épaississements partiels de cette membrane, plusieurs sont formés par un tissu dur, homogène, d'un blanc mat, sillonné ou non par des vaisseaux. D'autres constituent des végétations, des fongus, soit pédiculés, soit se continuant par une large base avec le reste de la muqueuse, et formés par un tissu mou, blanchâtre, ou rougeâtre, analogue au parenchyme cérébral qui se putréfie. Ce tissu encéphaloïde, si admirablement décrit par Laennec, annonce évidemment une remarquable modification de texture dans la membrane muqueuse. Mais si le développement de ce tissu encéphaloïde dans l'estomac est précédé des mêmes causes que celles qui donnent lieu à la gastrite chronique, si son existence est signalée par les mêmes symptômes; si, dans un grand nombre de cas, il tend à se confondre, sous le rapport anatomique, avec d'autres altérations qui sont le résultat indubitable d'une phlegmasie; si enfin il doit être combattu par le même mode de traitement, il sera, je crois, raisonnable de conclure que le tissu encéphaloïde développé dans la muqueuse gastrique, est le résultat d'un travail inflammatoire. En émettant cette assertion, je ne prétends point dire que, partout où apparaît le tissu encéphaloïde, l'inflammation lui a nécessairement donné naissance. Je crois que, dans l'état actuel de la science, on ne possède point encore assez de données pour établir un pareil fait. Il est des tissus, des organes, dans lesquels il serait impossible de démontrer, si ce n'est par une analogie

qui pourrait être trompeuse, que les divers tissus accidentels ont été produits par l'inflammation, et, dans tous les cas, d'ailleurs, cette inflammation ne peut concourir à leur production que comme cause occasionnelle, s'il y a prédisposition.

La situation des tumeurs de la muqueuse, dans telle ou telle partie de l'estomac, est loin d'être indifférente, puisque de l'une ou de l'autre de ces situations peuvent résulter les plus grandes variétés dans les symptômes. Qui ne sait combien sont loin de se ressembler les accidents qui se manifestent, lorsque la végétation occupe le pourtour du cardia qu'elle oblitère plus ou moins complétement, lorsqu'elle occupe le pylore, ou enfin lorsqu'elle n'existe que sur l'une ou l'autre face de l'estomac?

Enfin, il est des cas où la membrane muqueuse gastrique, au lieu d'être épaissie, hypertrophiée, est plus mince que dans son état normal, et a subi une véritable atrophie : c'est surtout vers le grand cul-de-sac qu'on rencontre ce dernier état, là où le ramollissement s'observe aussi le plus fréquemment. Quelquefois cependant j'ai trouvé du côté du pylore la membrane muqueuse tellement amincie, qu'elle ne représentait plus qu'une sorte de toile transparente d'une extrême finesse; si on essayait de l'enlever, on la transformait en une pulpe d'un blanc rougeâtre, comme cela arrive dans certains degrés de ramollissement. L'atrophie de la membrane muqueuse de l'estomac doit-elle être, comme son hypertrophie, comme son ramollissement sans diminution d'épaisseur, rangée parmi les produits de l'inflammation? Ce qu'il y a au moins de certain, c'est que, d'une part, cette atrophie, qui ne semble être qu'une forme de ramollissement de la muqueuse, coïncide le plus ordinairement avec d'autres signes anatomiques de gastrite chronique, et que, d'autre part, les symptômes observés pendant la vie sont tout à fait semblables à ceux qui annoncent la gastrite (1). Une femme, âgée de 36 ans, mourut à l'hôpital de la Charité dans le courant du mois de mars 1825. Pendant les trois derniers mois de son existence, elle avait eu de fréquents vomissements. L'estomac présenta plusieurs plaques rouges en divers points de son étendue; de plus, dans la portion splénique, soit sur ces plaques rouges elles-mêmes, soit dans leurs inter-

---

(1) Il ne faut pas, toutefois, perdre de vue que des symptômes identiques peuvent être le produit de lésions de différente nature, et qui réclament un traitement différent.

valles, la membrane muqueuse était ramollie, et en même temps tellement amincie, qu'elle n'égalait certainement pas l'épaisseur de la membrane muqueuse du sinus maxillaire.

Toutefois il ne me semblerait pas déraisonnable d'admettre que, dans un certain nombre de cas, l'amincissement de la membrane muqueuse gastrique résulte d'une simple atrophie, que ne précède pas plus l'inflammation que celle-ci ne précède l'atrophie des muscles chez les phthisiques. J'ai observé un pareil amincissement chez un certain nombre d'individus atteints d'affections chroniques du poumon; chez eux, ce n'était pas seulement la muqueuse, c'était en même temps la tunique charnue qui était notablement atrophiée.

Les ulcérations de la muqueuse gastrique sont beaucoup plus rares que celles de la muqueuse de la fin de l'intestin grêle et du gros intestin. Toutefois, sous le rapport de la fréquence de ces ulcérations, une différence doit être établie entre la gastrite aiguë et la gastrite chronique. Dans la première, à moins qu'elle ne soit le résultat de l'introduction de poisons corrosifs dans l'estomac, l'ulcération est un phénomène infiniment rare. Au contraire, dans le cas de phlegmasie chronique de l'estomac, on rencontre assez fréquemment la muqueuse gastrique ulcérée; alors cette ulcération est le plus souvent unique, d'un diamètre plus ou moins considérable. Autour d'elle, la membrane muqueuse peut être saine ou malade; il en est de même de la membrane celluleuse qui en constitue le fond. Lorsque celui-ci est formé par le tissu cellulaire considérablement induré, et lorsqu'en même temps la portion de muqueuse qui existe au pourtour de l'ulcération est épaissie, boursouflée, comme fongueuse, et parcourue par de nombreux vaisseaux; lorsque, sur le fond même, existent, sous forme de végétation, des débris plus ou moins étendus de la membrane muqueuse enflammée, plusieurs médecins appellent cette altération un cancer de la membrane muqueuse terminé par ulcération. Cette expression est-elle bien convenable? Je discuterai ce point avec plus de détails, après avoir traité des ulcérations des autres tuniques de l'estomac.

Nous ne rappellerons point ici les cas cités partout, dans lesquels on a vu des ulcérations de l'estomac étendues en profondeur se terminer par une perforation de cet organe. Nous ne rappellerons pas que, chez plusieurs malades, il y a alors épanchement dans le péritoine des matières contenues dans l'estomac, tandis que, chez d'autres, là où les parois de l'estomac n'existent plus, le fond de l'ulcération est constitué

par le foie, la rate, le pancréas, qui adhèrent au pourtour de celle-ci, et s'opposent à tout épanchement dans la cavité péritonéale. Ici, cependant, nous rapporterons un fait remarquable par les circonstances qui précédèrent la perforation, et par la nature ainsi que par le nombre des lésions qui existaient en même temps qu'elle. Nous rapporterons ensuite l'observation d'un autre individu, également atteint d'une affection cancéreuse de l'estomac, et qui présenta cette circonstanee curieuse, que, chez lui, l'estomac se perfora pendant un effort de vomissement, et hors du point où existait le cancer.

Ire OBSERVATION.

Communication de la cavité de l'estomac cancéreux avec l'intérieur du poumon frappé de gangrène, à travers un clapier dans lequel sont compris la plèvre, le diaphragme, et la rate en grande partie détruite. — Pendant la vie, signes de pneumo-thorax et d'une ancienne affection de l'estomac.

Klier, Alexandre, tailleur d'habits, âgé de quarante ans, né en Bavière, d'une constitution réunissant les caractères mixtes lymphatico-sanguins ; cheveux, sourcils, barbe bruns ; yeux bleus, teint peu coloré sans être pâle ; taille de cinq pieds. Hernie ombilicale peu volumineuse et ancienne. Ses père et mère, bien constitués, sont encore vivants. Il prétend n'avoir jamais été sujet aux affections de poitrine, avoir joui d'une très-bonne santé jusqu'à la fin de 1828, époque à laquelle il éprouva, pour la première fois, des malaises fréquents du côté des digestions, des alternatives de faim dévorante ou de dégoût absolu pour toute espèce d'aliments. En France, depuis 1810, il a vécu constamment dans la plus profonde misère, dans une complète débauche, faisant excès d'alcooliques, ayant subi neuf syphilis en trois ans, couchant le plus ordinairement en plein air, cependant toujours occupé dans ses moments de repos, attendu que, d'après son dernier maître, *qui m'a transmis ces détails*, il était fort adroit et expéditif.

Il paraît que le 20 août 1829, après une violente discussion avec quelques camarades, il s'est allé coucher dans un endroit découvert, selon son usage très-habituel, et y a dormi trois heures. A son réveil, pénétré d'un froid violent, il rentra chez lui, et comme le jour n'avait point paru encore, il se coucha sur une table et dormit bien jusqu'au lendemain. Au réveil, frisson violent, vive douleur sous le sein gauche, malaise général ; peu après survient de la dyspnée ; enfin, vers le quatrième jour, expulsion de crachats abondants, jaunes, épais (striés jamais), sans aucun goût remarquable ; il y avait de violents accès de toux, ils durèrent sans discontinuer plus d'une demi-journée. On conseilla des fumigations de vinaigre pour la douleur de tête ; le malade prit des tisanes de bourrache miellée, et se trouva un peu soulagé le lendemain ; la douleur avait disparu avec la toux. Le 12 septembre dernier, il est entré à l'hôpital de la Charité, les phénomènes précités ayant beaucoup augmenté en quelques heures, et le 13, à la visite, il présenta les symptômes suivants : la face est pâle, amaigrie, fatiguée ; l'haleine est très-fétide, les gencives rouges et excoriées, la langue pâle et humide ; le malade éprouve une extrême difficulté à articuler des sons ; la respiration est entrecoupée, il y a même de l'orthopnée ; son excessive faiblesse le porte à tenter le décubitus gauche ; mais il est bientôt obligé de se relever brusquement et de se

placer à demi couché en s'appuyant sur le coude gauche. Le thorax est saillant à gauche, et son développement est tel que les muscles intercostaux dépassent le niveau des os. La partie droite seule se meut pendant la respiration, et les mouvements d'élévation ne sont sensibles à gauche que dans les intervalles des côtes. La vibration, presque nulle à gauche, est fort sensible à droite. Le murmure respiratoire manque à gauche, à droite on le perçoit très-bien. On entend par instants le souffle métallique au-dessus du sein gauche, mais il est léger et intermittent. Il y a sonoréité absolue et relative très-grande à gauche; à droite le son est naturel. Lorsque le malade est sur son séant, position qu'il ne peut garder que quelques minutes, les phénomènes de la partie postérieure sont tout à fait identiques à ceux décrits en avant. La voix retentit et est amphorique à gauche, elle est naturelle à droite. On ne perçoit que fort peu le tintement métallique; cela tient sans doute à l'impossibilité d'ausculter convenablement. Enfin, la toux est fréquente, la respiration haletante; l'expectoration, assez considérable, donne des crachats diffluents, blancs, peu spumeux, mêlés de légers flocons; leur odeur est suffocante (on crut y reconnaître l'odeur des fèces unie à celle gangréneuse; nous verrons plus tard que le diagnostic était fondé). Le pouls est faible et fréquent; la peau plutôt froide que naturelle.

Le 14, même état; plus de gêne dans la respiration.

Le 15, le malade ne peut prendre de repos; toute position lui est pénible et douloureuse; il y a encore plus d'orthopnée peut-être qu'hier à la visite; la toux est forte; l'odeur des crachats est remarquable par son extrême fétidité.

Le 16, aujourd'hui pour la première fois, l'exploration a pu se faire convenablement en arrière : nous avons trouvé, vers l'angle inférieur de l'omoplate, le tintement métallique très-distinct, la respiration amphorique, la voix *idem*, le souffle métallique très-fort pendant l'inspiration. Ce point est douloureux. A droite, la respiration est bronchique; à gauche, matité; sonoréité à droite; précisément le contraire en avant, où les phénomènes restent semblables à ceux du 15. Le pouls est fréquent et petit; la peau est froide; la langue rouge au centre, rose sur les bords et tachetée de plaques blanches vers la base. L'haleine est suffocante, la toux moins fréquente qu'hier, la respiration entrecoupée; orthopnée; les crachats sont très-différents de ce que nous les avons vus ces jours derniers; ils sont visqueux, semblables à une très-épaisse solution de gomme, et mêlés de grains blancs du volume d'un grain de chènevis; leur odeur est moins forte qu'hier soir. Le malade a un peu dormi cette nuit; il est du reste toujours faible; la face est pâle, les yeux excavés, les ailes du nez déprimées, le front ridé, etc. Il y a du découragement, de l'anxiété; la voix est altérée.

Le 17, même état général; les crachats ont de moins qu'hier les grumeaux blancs, leur odeur est aigrelette, celle du malade rappelle l'odeur qu'exhalent souvent les individus chez lesquels, à la suite d'une amputation, il s'est établi une suppuration dans l'organe pulmonaire. Le décubitus sur le côté gauche est possible.

Le 18, grande dyspnée; mêmes crachats bien moins nombreux; peu de toux; la face est très-abattue, pâle; la voix très-faible et la prononciation très-difficile. Le malade a un peu dormi; il se tient ployé sur son lit en embrassant ses genoux avec les deux mains; ou, de fatigue, se laisse aller sur le côté gauche. Quatre-vingt-quinze pulsations; dureté du pouls, qui est petit et serré; les extrémités sont froides; sueur du thorax, extrêmement volumineux à gauche, très-sonore, sans vibration, douloureux; les espaces intercostaux donnent au toucher la sensation d'une vessie pleine d'air. L'on n'entend que le tintement et la résonnance métallique de la voix à droite; la respiration est puérile, le son convenable, la dilatation peu prononcée (la respiration presque toute abdominale); il y a de la vibration, de la douleur aussi, mais moins forte qu'à gauche. Pas de dévoiement, trois selles au plus; ni soif ni faim; haleine aigrelette.

Le 19, l'état du malade a empiré sous tous les rapports. Les bruits métalliques et

amphoriques sont plus forts. Pas de crachats ; peu de toux ; impossibilité d'articuler un mot ; sueur froide, visqueuse, fétide, aigrelette. Râle des mourants vers deux heures après midi ; mort à neuf heures moins vingt minutes, sans douleurs ni plaintes.

OUVERTURE DU CADAVRE.

21 heures après la mort.

Deuxième degré de marasme ; teinte blafarde du corps ; développement considérable du côté gauche du thorax. Une incision pratiquée entre les septième et huitième côtes donne issue à de l'air en assez grande quantité pour éteindre et rallumer une bougie. Le poumon gauche est refoulé le long du rachis, et adhère par sa face postérieure aux parois du thorax ; en haut les adhérences sont anciennes, en bas elles sont récentes. Cet organe est carnifié, et sa couleur vert-clair n'est point due à la décomposition cadavérique. La cavité est à demi remplie d'un liquide assez semblable à du petit-lait où nagent des grumeaux blanchâtres, facilement friables, analogues à du caséum. Ce poumon, insufflé par la trachée, présente une issue située vers la partie moyenne de la circonférence du lobe gauche, à deux doigts de son bord tranchant ; l'air qui s'en échappe produit des bulles qui viennent crever à la surface du liquide épanché ; plus bas, ce bord est adhérent aux côtes dans le reste de son étendue, et, en détruisant ce rapport, on trouve une escarre brune-grisâtre, du volume d'une aveline, bouchant imparfaitement un second pertuis. Ces deux ouvertures sont pratiquées sur la paroi externe d'un clapier contenant du détritus pulmonaire, et communiquant, par suite d'adhérence et de fonte putride consécutive, avec le grand cul-de-sac du ventricule ; l'ouverture peut admettre deux doigts. Ce dernier viscère est squirrheux dans toute sa portion cardiaque, et offre l'épaisseur d'un pouce à dix-huit lignes vers le point perforé. Nous reparlerons de cet état plus loin.

La plèvre costale est ulcérée dans presque toute son étendue et sur les points non adhérents au poumon ; elle laisse à nu les intercostaux internes, eux-mêmes entamés dans leur épaisseur totale sur quelques points ; ils voilent en dehors et causent une partie de la dilatation visible à l'extérieur. La plèvre pariétale est lisse et recouverte d'une toile pseudo-membraneuse fort légère, gangrénée sur quelques points (blanc sale), qui, incisés perpendiculairement, conduisent à des foyers contenant un détritus semblable à de la suie délayée dans l'eau et des bourbillons gangréneux ; une odeur très-caractéristique s'en exhale : elle rappelle celle des crachats du 12, mais est plus forte, plus suffocante et plus tenace. Ces cavités admettent un chènevis, quelques-unes un petit pois. Le sommet du poumon renferme des masses crétacées, enchâssées dans des vestiges de vieilles cavernes oblitérées jadis ; leur dureté indique l'époque reculée de leur formation.

La plèvre droite ne contient qu'un peu de sérosité limpide ; elle est enflammée çà et là, porte une teinte ardoisée ; sur quelques points seulement elle est revêtue de la pseudo-membrane dont nous avons parlé à gauche. Le poumon, en grande partie perméable à l'air, est recouvert d'une toile semblable à celle du côté gauche, point continue ; elle manque surtout là où s'observent des taches (blanc sale) conduisant comme à gauche à des foyers gangréneux ; ils sont plus communs de ce côté. Le sommet du lobe supérieur offre un retrait et des rides qui indiquent d'anciennes cavernes. Incisé verticalement, il présente des masses crétacées comme à gauche, et enfin un gros tuyau bronchique terminé *ex abrupto*. Pas d'adhérences antérieures ; il en existe en arrière, et en haut surtout, quelques-unes.

Le péricarde est rouge dans un tiers de son étendue à gauche ; à droite il existe quel-

ques arborisations légères. Le cœur présente çà et là des plaques nacrées, rayonnées. Il est peu volumineux.

Le diaphragme dans sa partie gauche est sensiblement altéré dans sa texture, partage la dégénération cancéreuse de l'estomac au point de perforation seulement; plus loin il est intact, et n'offre plus rien de remarquable.

L'estomac contient un liquide analogue à celui de la cavité thoracique gauche; les parois augmentent *gradatim* d'épaisseur, depuis le pylore, qui est intact, jusqu'au milieu du grand cul-de-sac perforé, comme déjà nous l'avons dit. Sa substance est indurée, lardacée, la teinte blanche surtout, au point occupé par la tunique musculaire qui représente une couche distincte du reste ; la muqueuse offre vers la petite courbure et autour de la solution de continuité des fongosités nombreuses, dont la coupe verticale laisse voir un tissu blanc parcouru d'un très-petit nombre de vaisseaux sanguins.

La rate a disparu ; elle forme le centre du foyer purulent établi au travers du diaphragme ; son parenchyme reste reconnaissable et presque naturel vers les deux extrémités de son grand diamètre ; son centre en totalité est réduit à une pulpe brunâtre , et forme plusieurs cloisons incomplètes étendues transversalement à l'axe du clapier.

L'épiploon gastro-colique est très-rouge, et présente une foule de végétations miliaires également rouges et dures.

Le foie est volumineux, très-jaune, mais ne graisse point le scapel. Le canal cholédoque est très-large.

Les reins sont sains ; le gauche est adhérent par son extrémité supérieure au cul-de-sac de l'estomac et à la masse formée par ce viscère, la rate et le diaphragme. Sa surrénale n'existe plus ; on la retrouve à droite ; elle y est volumineuse.

Les intestins, manifestement phlogosés en général, sont recouverts d'une membrane séro-purulente, crémeuse ; le fond du petit bassin contient quelques cuillerées d'un liquide purulent assez épais. Les ganglions mésentériques, et ceux surtout adhérant à la colonne vertébrale, sont indurés et squirrheux.

La vessie est saine. L'urèthre porte les traces d'une phlegmasie ancienne ; la muqueuse est ulcérée en divers points, excoriée vers l'orifice libre.

IIe OBSERVATION.

Ulcère cancéreux de l'estomac. Fond de l'ulcère formé par le pancréas. Perforation des parois de l'estomac pendant un effort de vomissement. Péritonite.

Un homme, âgé de 64 ans, ouvrier en cuivre, disait être tourmenté depuis un mois seulement de douleurs abdominales très-violentes, qui duraient une demi-journée, l'abandonnaient, puis le reprenaient le lendemain ou le surlendemain.

Il y avait en même temps anorexie complète, nausées, vomissements. L'introduction des aliments dans l'estomac augmentait ou même amenait des douleurs abdominales, dont le malade ne fixait pas le siége.

Les aliments étaient le plus souvent en partie rejetés, quelque temps ou même plus rarement aussitôt après qu'il avaient été avalés.

Le malade fut d'ailleurs examiné assez légèrement , son métier d'ouvrier en cuivre ayant porté à penser que l'ensemble des symptômes qu'il éprouvait était dû aux émanations métalliques ; qu'en un mot, c'était une colique de plomb, accompagnée de quelques symptômes insolites.

On prescrivit, en conséquence, quatre grains d'émétique dans un verre d'eau ; la décoction de pruneaux édulcorée pour boisson , un lavement narcotique, un julep.

Le malade vomit beaucoup après avoir pris l'émétique, et eut des évacuations alvines abondantes. A la suite d'un effort de vomissement, il éprouva comme le sentiment d'une boule qui, partant de la région épigastrique, serait descendue jusqu'au-dessous de l'ombilic. Dès ce moment, apparition de tous les symptômes d'un péritonite suraiguë. Mort le lendemain.

Tête et poitrine parfaitement saines.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Abdomen. Une grande quantité de sérosité rougeâtre, mêlée à des flocons albumineux, est épanchée dans l'abdomen. La tunique péritonéale des intestins présente des plaques d'un rouge vermeil d'espace en espace. La membrane muqueuse est saine.

Estomac. Sur la face antérieure de ce viscère, à trois ou quatre travers de doigt à gauche du pylore, tout près du bord diaphragmatique, l'on observe une perforation assez large pour recevoir l'extrémité du petit doigt. Les matières contenues dans l'estomac s'étaient sans doute épanchées dans la cavité du péritoine à travers cette perforation, suite de la rupture des parois malades de l'estomac, au milieu des efforts du vomissement. De là, la péritonite; la sensation de la boule qu'avait éprouvée le malade indiquait vraisemblablement le moment dans lequel cet épanchement avait eu lieu.

L'estomac étant incisé, l'on trouve en arrière, et plus à gauche que la perforation de la paroi antérieure, une ulcération d'une largeur triple ou quadruple à peu près, à bords épais, relevés, irrégulière, dont le fond est formé par le pancréas, les tuniques de l'estomac ayant été en cet endroit entièrement détruites. Un tissu cellulaire, dense et serré, unissait au pancréas les bords de l'ulcère, et s'opposait ainsi, par une merveilleuse ressource de la nature, à tout épanchement de matières dans la cavité abdominale.

Autour de cet ulcère, les tuniques de l'estomac, considérablement épaissies, étaient dégénérées en un tissu blanc, lardacé, criant sous le scalpel. Le fond de l'ulcère lui-même présentait une couche noirâtre et réduite en putrilage. Au-dessous de cette couche, qui avait environ quatre à cinq lignes d'épaisseur, le tissu du pancréas avait conservé son aspect naturel.

§ II. ALTÉRATIONS DES TISSUS SUBJACENTS A LA MEMBRANE MUQUEUSE.

Dans le paragraphe précédent, je me suis particulièrement occupé de décrire les altérations nombreuses et variées que peut subir la membrane muqueuse gastrique frappée d'inflammation chronique. Dans ce second article, je vais traiter des lésions des autres tissus qui entrent dans la composition des parois de l'estomac.

Situés au-dessous de la membrane muqueuse, et en étant toutefois dépendants, les follicules disséminés à la surface interne du ventricule présentent un certain nombre d'altérations qui jouent un rôle important dans les maladies de l'estomac. Ces altérations portent principalement : 1° sur leur volume ; 2° sur la structure de leurs parois ; 3° sur la nature de la matière sécrétée ordinairement par ces follicules.

Il y a des estomacs à la surface interne desquels l'examen le plus attentif fait à peine découvrir quelques cryptes très peu apparents, et cette absence, à peu près complète, des follicules, se trouve également, soit dans un estomac sain en apparence, soit dans un estomac enflammé à divers degrés, et d'une manière ou aiguë ou chronique. A la surface interne d'autres estomacs, les follicules sont beaucoup plus visibles : véritablement hypertrophiés, ils se présentent comme des granulations arrondies, soit isolées, soit agglomérées en divers points du ventricule. Il n'est pas vraisemblable qu'en pareil cas les follicules qu'on aperçoit soient de nouvelle formation; mais, trop petits dans leur état normal pour être appréciables à la vue simple, ils sont devenus apparents à mesure que l'inflammation, en les rendant le siége d'une nutrition plus active, a augmenté leur volume. Ce développement insolite des follicules peut être dans l'estomac ou partiel ou général : partiel, on l'observe dans deux points principaux : 1° autour et un peu au-dessous de l'orifice cardiaque; 2° vers l'extrémité pylorique de l'estomac, dans l'étendue de quelques travers de doigts en deçà du point de séparation de cet organe et du duodénum. On trouve quelquefois dans cet espace les cryptes muqueux tellement développés et agglomérés, que la surface interne de l'estomac se rapproche alors, sous le rapport de la présence d'un grand nombre de follicules, de l'organisation du duodénum, examiné surtout dans sa première courbure, où les cryptes muqueux sont plus gros, plus nombreux, plus rapprochés les uns des autres qu'en aucun autre point du tube digestif, excepté ceux toutefois où existent les glandes agminées de Peyer; ces dernières, dans leur état normal, sont d'ailleurs beaucoup moins volumineuses que les cryptes du duodénum,

Lorsque le développement des follicules gastriques est général, il en résulte deux variétés d'aspect pour la surface interne de l'estomac. Tantôt, dans toute son étendue, sont disséminées un grand nombre de granulations, de volume variable, blanches, grises, rouges ou brunâtres, au centre desquelles il est souvent possible de découvrir un orifice dont le pourtour est fréquemment garni d'un cercle vasculaire rouge ou noir. Tantôt, en raison d'un développement encore plus considérable des follicules, la membrane muqueuse paraît comme mamelonnée dans une partie plus ou moins grande de son étendue. Au premier abord, on pourrait croire que cet aspect mamelonné dépend de l'inégale hypertrophie qu'aurait subie la muqueuse dans ses diverses portions; il peut en être ainsi dans un certain nombre de cas; mais ce dont un examen at-

tentif m'a plus d'une fois convaincu, c'est que les mamelons de la membrane muqueuse gastrique peuvent aussi être dus à l'accroissement simultané de nutrition éprouvé par un grand nombre de follicules ; ce sont ces derniers frappés d'hypertrophie qui constituent les mamelons ; et les enfoncements, les espèces de sillons qui existent entre eux, ne semblent être autre chose que des portions de membrane muqueuse que les follicules n'ont point soulevées. Lorsque la surface interne de l'estomac présente un aspect ainsi mamelonné, il y a ordinairement en même temps couleur grise ou brune de la muqueuse, et pendant la vie on a observé les différents symptômes qui caractérisent l'existence d'une gastrite chronique. Plus d'une fois je n'ai pas trouvé d'autre lésion chez des individus qui m'avaient présenté tous les signes rationnels d'une affection dite cancéreuse de l'estomac, tels que douleur épigastrique, soit continue, soit revenant par élancements ; teinte jaune-paille de la face, marasme, rejet des matières introduites dans l'estomac, vomissements noirs, etc.

Telles sont les principales altérations qu'offrent chez l'homme les follicules muqueux de l'estomac ; mais, chez le cheval, j'ai souvent observé dans ces mêmes follicules d'autres lésions, qui me semblent surtout dignes d'attention, en raison des conséquences qui peuvent en être tirées relativement à la nature d'un certain nombre de désorganisations et de transformations de plusieurs de nos tissus.

Il n'est pas rare de voir s'élever de la surface interne de l'estomac du cheval des tumeurs arrondies, dont le volume varie depuis celui d'une cerise ou d'une noisette jusqu'à celui d'une grosse orange. Au-dessus d'elles passe la membrane muqueuse, et à leur centre existe un orifice à travers lequel un stylet introduit pénètre avec facilité dans l'intérieur de la tumeur, qui, loin d'être solide dans toute son étendue, constitue au contraire une simple poche remplie par un liquide de nature et de consistance variables. Tantôt ce liquide ressemble à du mucus, tantôt il offre un aspect puriforme ; ailleurs il est formé par une matière plus consistante, grumeleuse, friable, d'un blanc mat ou légèrement jaunâtre ; d'autres fois c'est une substance semblable à du miel, analogue à celle qui s'échappe des tumeurs méliceriques développées sous la peau ; chez plus d'un individu, la matière accumulée à l'intérieur de ces tumeurs rappelait l'aspect de la matière sébacée, suifeuse, que l'on trouve à l'intérieur des tannes cutanées. La composition anatomique des parois de ces tumeurs n'était pas moins variable que la nature du liquide qu'elles contenaient.

Dans les unes, ces parois, assez minces, étaient principalement constituées par un prolongement de la membrane muqueuse, revêtue en dehors par une couche plus ou moins dense de tissu lamineux. Dans d'autres tumeurs, cette couche celluleuse revêtait peu à peu un aspect fibreux, et ailleurs enfin on la trouvait transformée en véritable cartilage.

J'ai vu quelquefois les parois fibreuses ou cartilagineuses de ces tumeurs être creusées par des loges multipliées dans lesquelles étaient contenus de nombreux entozoaires, ayant tous les caractères du grand ordre des nématodes de Rudolphi, d'une belle couleur blanche, amincis à leurs deux extrémités, longs d'une à deux lignes, de la grosseur d'un cheveu, se remuant avec agilité dans les loges où on les trouvait accumulés, existant aussi à l'intérieur de la poche principale, sortant par l'orifice central de celle-ci, et se répandant à la surface interne de l'estomac. Ces vers n'étaient point d'ailleurs développés depuis la mort au sein d'une putréfaction commençante; car j'en ai constaté l'existence chez des chevaux qui étaient ouverts immédiatement après qu'ils avaient été abattus.

Quelle est la nature de ces tumeurs ? Si, pour la découvrir, on commence par examiner les plus volumineuses d'entre elles, on reste incertain sur leur origine, sur leur mode de formation, et on est porté à les classer au nombre des kystes susceptibles de se développer de toutes pièces au sein des tissus animaux, et surtout au sein de l'élément celluleux qui entoure et sépare ces divers tissus. Cependant, dans l'examen même de ce cas le plus compliqué, une circonstance presque constante frappe l'observateur : c'est l'existence d'un orifice au centre des tumeurs; la régularité de cet orifice, sa position uniforme, son diamètre toujours le même, l'aspect de ses bords, éloignent l'idée d'une solution de continuité, et portent déjà à soupçonner que cette ouverture est naturelle, que c'est peut-être l'orifice dilaté d'un follicule agrandi. Cependant ce n'est encore là qu'une présomption ; mais, si l'on étudie des tumeurs plus petites, à parois plus simplement composées, cette présomption devient une certitude, on voit par insensibles degrés le follicule s'agrandir, ses parois s'hypertrophier, sa cavité se dilater, des tissus nouveaux se développer autour de lui, et le mucus qu'il sécrète dans l'état normal devenir tour à tour de la matière purulente, tuberculeuse, sébacée, mélicérique, crétacée, être enfin remplacée par un liquide au sein duquel se développent des êtres vivants, des entozoaires. Une fois saisis et appréciés ces changements successifs, la nature des plus volumineuses de ces

tumeurs n'est pas plus difficile à pénétrer que celle de la plus petite et de la plus simple. Parmi ces tumeurs, il y en a quelques-unes qui ne présentent point d'orifice central; mais comme tout le reste est analogue, on doit en conclure que cet orifice s'est oblitéré, de même que sous nos yeux nous voyons disparaître assez souvent l'orifice des follicules cutanés, qui, en se développant, deviennent ce qu'on appelle des tannes. Ainsi, et c'est la conséquence générale que je tirerai de l'ensemble des faits précédents, une fois dévié de sa voie de nutrition normale, un tissu, un organe, peut subir les changements les plus variés, les plus inattendus, soit dans sa forme, soit dans sa texture; et, dans cette série de métamorphoses, il peut arriver au point où il devient tellement dissemblable à lui-même, qu'il serait nécessairement méconnu, si l'on n'étudiait pas dans leur ordre successif les nombreuses transformations qu'il a subies. En procédant ainsi, l'on arrive souvent à démontrer que plusieurs productions accidentelles, regardées comme des tissus hétérologues, produits de toutes pièces au sein des tissus de l'état normal, ne sont que ces derniers tissus altérés. J'ai essayé ailleurs de prouver qu'il en était ainsi, par exemple, pour les granulations pulmonaires (1); et, dans la suite même de ce travail, je chercherai à faire rentrer dans ces principes la formation des dégénérations squirrheuses de l'estomac.

Les liquides que sécrète l'estomac sain peuvent être plus ou moins notablement altérés sous le rapport de leur quantité et de leurs qualités, dans les cas où il y a gastrite chronique. Un individu, entré à la Charité avec tous les symptômes de cette maladie, vomissait chaque jour, depuis longtemps, près de quatre pintes d'un mucus blanchâtre, comme glaireux, semblable à du blanc d'œuf qui n'a pas encore été soumis à la coction. Ce mucus était vomi en plusieurs fois dans les vingt-quatre heures; ce qu'il y avait de remarquable, c'est que les tisanes, les bouillons, les crèmes de riz, les potages, en un mot le peu d'aliments qui étaient pris, n'étaient jamais rejetés. A l'ouverture du cadavre, on ne trouva d'autre lésion dans l'estomac qu'une hypertrophie générale de la membrane muqueuse, avec coloration brune de son tissu et développement très-prononcé des follicules.

Parmi les matières que l'on trouve après la mort dans l'estomac frappé de phlegmasie chronique, et qui, pendant la vie, peuvent être rendues

---

(1) *Précis d'Anatomie pathologique.*

par le vomissement en quantité quelquefois prodigieuse, il ne faut pas oublier cette matière noire, qui a depuis longtemps fixé l'attention des pathologistes, et que l'on a comparée, soit à du chocolat dissous dans l'eau, soit à du marc de café, etc. Deux questions peuvent être ici posées : 1° quelle est la nature de cette matière ? 2° sa sécrétion est-elle liée à une lésion spéciale des tuniques de l'estomac ?

J'ai remis à M. Lassaigne une certaine quantité de matière noire vomie par une femme qui, depuis plus d'un mois, en rendait chaque jour plus d'une pinte. Cette matière contenait beaucoup d'eau, de l'albumine, un acide libre, de nature organique, et, de plus, elle était rendue trouble et noirâtre par la suspension d'une matière colorante d'un brun foncé, insoluble dans l'eau, soluble au contraire dans l'acide sulfurique, et présentant, ainsi dissoute, une belle couleur rouge-sanguin, semblable à celle qu'offre la matière colorante du sang dans le même acide. Soumise à la calcination elle brûlait sans se boursoufler, et laissait un résidu léger, de couleur rouge de briques, composé d'oxyde de fer au *maximum*, et de traces de phosphate de chaux, comme en fournit la matière colorante du sang non purifiée.

Il suit de cette analyse que la couleur noire des matières vomies dans un certain nombre d'affections de l'estomac est due à la présence d'un élément organique qui a la plus grande analogie avec la matière colorante du sang. Tel est le résultat auquel était déjà arrivé M. Breschet, lorsqu'après avoir démontré, dans son beau travail sur les mélanoses, que cette production accidentelle est principalement formée par une matière colorante qui a les plus grands rapports avec celle du sang, l'induction le porta à ranger parmi les mélanoses la matière des vomissements noirs. J'ai essayé, dans un autre travail (1), de fortifier cette opinion par de nouvelles preuves. Dans un estomac que j'ai récemment examiné, j'ai trouvé de la matière colorante noire sous deux formes. D'abord elle existait libre dans la cavité de l'estomac, à la surface interne duquel elle avait été sécrétée, et, de plus, en beaucoup d'endroits, elle était combinée avec la membrane muqueuse gastrique, et la colorait en un beau noir, de même que, dans l'état normal, elle colore ainsi certaines portions de membranes muqueuses chez beaucoup d'animaux.

Ainsi donc, sous le rapport de sa composition chimique, comme sous

(1) *Précis d'Anatomie pathologique.*

celui de sa couleur, la matière des vomissements noirs doit être rapprochée de la matière des mélanoses; comme celle-ci, elle est principalement constituée par une matière colorante, qui se rapproche beaucoup de celle du sang. D'ailleurs, il faut reconnaître que, dans l'acte qui la sépare du sang, elle peut se modifier plus ou moins; d'où il résultera que, dans telle circonstance, elle sera complétement identique à la matière qui donne au sang sa couleur, tandis que dans telle autre circonstance elle s'en éloignera plus ou moins (1). C'est d'ailleurs ce qui a lieu pour plusieurs autres produits de l'état sain ou morbide qui émanent du sang, et dont les analogues se retrouvent dans les éléments de ce liquide. Ainsi la sérosité séparée du sang à la surface des membranes séreuses n'est plus toujours celle qu'on retrouve, dans le sang, sous le rapport de la proportion d'eau, d'albumine et de sels qu'elle contient. Il en est de même de la fibrine, etc.

Nous placerons ici l'histoire d'un cas qui nous montrera une matière noire disséminée sous forme de taches noires à la surface interne de l'estomac, en même temps qu'elle existait libre, et sous forme liquide, dans la cavité même de l'organe.

IIIe OBSERVATION.

Mélanose de l'estomac. Pas d'autre symptôme gastrique qu'une anorexie complète. Hydropisie sans lésion appréciable qui puisse l'expliquer.

Une femme, âgée de 50 ans environ, mourut à l'hôpital de la Charité (service de M. Lerminier), pendant le cours du mois de février 1826. Lors de son entrée à l'hôpital, elle avait une infiltration séreuse générale du tissu cellulaire sous-cutané, et une hydropisie ascite. Vainement chercha-t-on à pénétrer la cause de cette leucophlegmasie: les battements du cœur paraissaient être dans leur état physiologique; rien n'indiquait une maladie du foie, aucun autre viscère ne paraissait être altéré. Les commémoratifs n'étaient pas plus propres à nous éclairer : la malade disait que son hydropisie s'était établie peu à peu, commençant par les membres, et s'étendant progressivement à l'abdomen, elle n'avait jamais senti aucune douleur dans le ventre ; sa respiration n'était un peu gênée que depuis que l'ascite était devenue considérable. Pendant les six se-

---

(1) Il est possible que des recherches ultérieures démontrent que la matière colorante noire qui constitue les productions mélaniques s'éloigne tout à fait, dans certains cas, par sa composition chimique, de la matière colorante du sang, et que c'est alors un produit sécrété de formation nouvelle, de même que les nombreuses matières colorantes bleues, vertes, etc., qui teignent si richement les tissus cutanés, muqueux, pileux, etc., de beaucoup d'animaux. Quelques données physiologiques me porteraient par exemple, à penser que la matière colorante noire des poumons, si abondante chez les vieillards, et surtout formée par du carbone.

maines environ qui s'écoulèrent entre l'époque de l'entrée de cette femme et celle de sa mort, l'hydropisie ne diminua pas; l'affaiblissement général devint de plus en plus grand; du dévoiement avait lieu de temps en temps, et l'anorexie était complète; d'ailleurs pas de douleur épigastrique, pas de vomissement, aspect naturel de la langue. La malade s'éteignit insensiblement, et succomba sans avoir présenté de nouveaux symptômes.

L'ouverture du cadavre ne montra l'existence d'aucune lésion dans le cœur, non plus que dans ses dépendances (péricarde, artères et veines poursuivies dans leurs différentes divisions). Les poumons, engoués à leur partie postérieure, étaient d'ailleurs sains. Le canal thoracique, suivi dans toute son étendue, était libre, contenait, comme de coutume, un peu de sérosité incolore et limpide. Un liquide semblable était épanché en grande quantité dans le péritoine, qui n'offrait d'ailleurs aucune trace d'inflammation ancienne ou récente. Le foie avait le volume, la consistance, la couleur qui, dans l'état actuel de nos connaissances, constitue par nous son état sain. Il en était de même de la rate, du pancréas; des ganglions mésentériques, et de l'appareil urinaire (1). Mais l'estomac nous présenta un genre d'altération qui n'aurait pu guère être prévu. Au moment où on l'incisa le long de sa grande courbure, il s'en échappa un liquide noir comme de l'encre, et qui, mis en contact avec du linge et du papier blanc, leur donnait une teinte semblable à celle qu'aurait produite sur eux l'apposition de la membrane choroïde. La quantité de ce liquide contenue dans l'estomac pouvait être évaluée à celle qu'auraient contenue trois verres ordinaires. La surface interne du ventricule ayant été lavée et essuyée, nous la trouvâmes parsemée d'un grand nombre de taches d'un noir foncé, toutes exactement circulaires ou ovulaires. Trois ou quatre de ces taches étaient un peu plus larges qu'une pièce de deux francs. Huit à dix avaient la grandeur d'une pièce d'un franc; les autres, beaucoup plus nombreuses, auraient pu admettre, dans l'espace qu'elles occupaient, depuis une pièce de dix ou cinq sous jusqu'à un grain de millet; elles ne se montraient plus enfin, en quelques endroits, que comme de très-petits points noirs. Autour des deux plus larges taches et de quelques autres plus petites, la membrane muqueuse présentait une couleur rouge livide qui, assez marquée dans l'espace de quelques lignes autour de la tache noire, allait en s'affaiblissant à mesure qu'elle s'en éloignait; autour des autres taches, dans leurs intervalles, et partout ailleurs, la surface interne de l'estomac était pâle, et la muqueuse n'offrait aucune altération appréciable sous le rappor de sa consistance et de son épaisseur. C'était seulement dans la membrane muqueuse qu'avait son siége la coloration noire; mais elle la présentait avec une égale intensité sur ses deux faces; là où elle était ainsi colorée, elle était un peu plus épaisse et plus résistante qu'ailleurs. En quelques points, le tissu cellulaire subjacent aux taches noires était rougeâtre. Nous n'observâmes rien de remarquable dans le reste du tube digestif.

Au moment où nous aperçûmes ces plaques noires comme de l'ébène, disséminées à la surface interne de l'estomac, nous fûmes frappés de leur ressemblance avec de véritables plaques gangréneuses, et en particulier avec les escarres que détermine dans l'estomac l'ingestion de l'acide sulfurique concentré. Cependant aucune odeur gangréneuse ne s'exhalait de l'estomac, le genre de mort de la malade éloignait toute idée d'empoisonnement par un corrosif; il n'y avait eu aucun symptôme d'affection aiguë de l'estomac; d'un autre côté, un rapprochement pouvait être établi entre la nature des

---

(1) J'ai décrit, dans le *Précis d'Anatomie pathologique*, une lésion des reins, qui a été aussi indiquée par le médecin anglais Bright, et qui coïncide souvent avec une hydropisie, pour l'explication de laquelle on ne trouve d'altération dans aucun autre organe que dans les reins.

taches noires de la muqueuse, et celle du liquide de même couleur contenu dans l'estomac. Dès lors nous rejetâmes toute idée d'affection gangréneuse, idée qui ne s'accordait ni avec la nature des symptômes observés pendant la vie, ni avec celle des lésions elles-mêmes plus attentivement examinées. Nous ne vîmes plus dans ce cas qu'un exemple de mélanose de l'estomac, en d'autres termes, d'une sécrétion de matière colorante noire, qui, d'une part avait été déposée dans le tissu même de la membrane muqueuse, d'où coloration noire accidentelle de cette membrane, semblable à celle qui existe naturellement chez les animaux dans certaines portions de leurs membranes muqueuses, et qui, d'autre part, avait été exhalée à la surface libre de la membrane muqueuse, d'où présence d'un liquide noir dans l'intérieur de l'estomac.

J'ai cru utile de publier ce fait : 1° parce qu'on a cité encore très-peu d'exemples d'un semblable dépôt de pigmentum noir, sous forme de taches circonscrites, dans le tissu même de la membrane muqueuse gastrique; 2° parce que ce fait n'est peut-être pas sans importance sous le rapport de la médecine légale, comme présentant des lésions se rapprochant à certains égards de celles que peut produire l'acide sulfurique; 3° parce que ce fait démontre qu'une matière analogue à celle qui constitue les vomissements noirs dans certains cancers de l'estomac peut être exhalée dans cet organe; sans qu'il y ait affection cancéreuse, ou même gastrite; car ici, dans l'intervalle des plaques noires, la muqueuse était très- saine, et rien ne démontre que ces plaques elles-mêmes aient été le résultat d'un travail inflammatoire. Il est vraisemblable que le pigmentum noir, épanché dans l'estomac, ne s'y formait pendant la vie qu'en petite quantité, de manière à pouvoir passer tout entier dans le duodénum; car, plus abondant, il eût dû être rejeté par le vomissement. Peut-être aussi ne commença-t-il à être exhalé que dans les derniers temps de la vie. N'oublions pas d'ailleurs combien furent peu tranchés les symptômes gastriques. L'anorexie fut le seul signe qui annonçât l'existence de quelque trouble du côté de l'estomac.

Une autre circonstance remarquable de cette observation, c'est l'existence d'une hydropisie (anasarque et ascite) sans lésion appréciable, soit mécanique, soit inflammatoire, qui puisse en rendre compte. Ici il ne nous est pas donné de pouvoir remonter à la cause qui a produit cette hydropisie; car dire qu'elle dépendait ou d'un excès d'activité des vaisseaux exhalants, ou d'une atonie des absorbants, ou d'un défaut d'équilibre entre l'action de ces deux ordres de vaisseaux, c'est faire de pures suppositions. Tout ce que nous voyons, c'est une augmentation de quantité dans le liquide qui remplit les aréoles du tissu cellulaire et la membrane séreuse abdominale. Ainsi donc, malgré la vive lumière qu'ont jetée les travaux modernes sur l'étiologie des hydropisies, l'observation nous force à reconnaître qu'il est encore un certain nombre de cas où soit l'étude des symptômes, soit l'anatomie pathologique ne peuvent encore nous en révéler la cause.

Déjà dans la première partie de ce travail, j'ai essayé de démontrer comment, consécutivement à l'inflammation de la membrane muqueuse, et soit d'ailleurs que cette inflammation persiste encore ou ait disparu, les tissus qui lui sont subjacents peuvent subir différentes espèces d'altérations, qu'il s'agit maintenant de décrire.

Au nombre de ces tissus ou éléments anatomiques, autres que la membrane muqueuse, qui entre dans la composition des parois de l'estomac, il faut placer au premier rang, sous le rapport de la fréquence et de l'importance de leurs altérations, les deux couches celluleuses placées, l'une entre la membrane muqueuse et musculaire, l'autre entre celle-ci et le péritoine, et qui sont unies l'une à l'autre par des prolongements celluleux étendus entre les faisceaux de la tunique charnue. Frappées de phlegmasie, dérangées de leur mode de nutrition normale, ces diverses portions de tissu cellulaire peuvent subir les transformations les plus variées, les altérations les plus singulières de forme et de texture; de là il est résulté pour ces états morbides ce que nous avons

déjà vu arriver pour certaines maladies des follicules, savoir : que, faute d'en avoir suivi le développement successif; leur origine, leur nature ont été plus ou moins méconnues.

Rarement altérée dans le cas d'inflammation aiguë, lors même que la membrane muqueuse est le plus gravement affectée, quelquefois alors s'injectant ou se ramollissant, le tissu cellulaire sous-muqueux peut aussi rester intact dans un grand nombre de cas de gastrites chroniques, quels que soient les divers degrés d'intensité et de durée de celles-ci. Mais d'autres fois ce tissu cellulaire est également envahi par l'inflammation, soit seul, soit simultanément avec les autres portions du tissu cellulaire qui entrent dans la composition des parois de l'estomac. Il y a des cas où il s'amincit comme la muqueuse, et comme elle aussi, il finit par disparaître ; d'autres fois on le trouve ramolli, transformé en une pulpe liquide ; et alors cesse d'exister, sous forme de membrane solide et résistante, cette couche cellulaire sous-muqueuse, qui, d'une part, supplée à la faiblesse de la membrane muqueuse, et, d'autre part, se continue dans les intervalles que laissent entre eux les faisceaux de la tunique charnue ; dans un tel état de choses les parois de l'estomac ont perdu une grande partie de la force de résistance qu'elles opposent aux diverses causes qui tendent à en opérer la solution de continuité. Alors on voit l'estomac se rompre avec une remarquable facilité à la suite de l'introduction d'une grande quantité de boissons dans sa cavité, d'une contraction plus ou moins énergique des muscles abdominaux, ou d'une violence extérieure agissant sur l'épigastre.

L'augmentation d'épaisseur et de consistance du tissu cellulaire est un fait qui s'observe dans un grand nombre de cas, où les divers tissus avec lesquels il est en rapport sont frappés d'inflammation chronique. C'est ce qui a souvent lieu pour le tissu cellulaire qui unit et sépare à la fois les différentes tuniques de l'estomac. Des divers degrés d'épaississement et d'induration de ce tissu résulte l'espèce d'altération de texture qui a été généralement décrite par les auteurs sous le nom de squirrhe de l'estomac. A mesure qu'il s'épaissit et s'indure, le tissu cellulaire gastrique s'éloigne de plus en plus de son aspect normal, et subit de remarquables transformations ; mais, au milieu de ces métamorphoses successives, on peut suivre, le scalpel à la main, les divers degrés par lesquels il passe pour y arriver. La plus commune des transformations qu'il éprouve est celle dans laquelle il se présente sous la forme d'un tissu grisâtre, bleuâtre, ou d'un blanc mat, d'aspect homogène, sans traces de vaisseaux qui le parcourent, dur et criant sous le scalpel qui le divise. C'est là le squirrhe par excellence. Il n'y a aucun inconvénient à conserver cette expression, pourvu qu'on s'entende bien sur sa valeur, pourvu qu'abusé par elle, on ne prenne point pour un tissu nouveau, formé de toutes pièces dans l'économie, à peu près comme l'est un entozoaire, ce qui n'est qu'une transformation d'un tissu de l'état normal. En effet, où trouve-t-on du squirrhe? jamais dans d'autres tissus que dans le tissu cellulaire interposé entre eux. En même temps que la fibre cellulaire qui les entoure s'indure et devient squirrhe, ces tissus peuvent bien être altérés de diverses manières ; ils peuvent finir par se détruire et disparaître, mais ils ne deviennent pas réellement du squirrhe. C'est ce qui est surtout bien évident pour les membranes muqueuses. D'un autre côté, observez du tissu cellulaire induré en divers points de l'économie, et vous serez frappé d'une singulière contradiction des auteurs, qui en un point regardent comme étant du squirrhe un tissu absolument semblable à un autre, qu'ailleurs ils n'appellent plus que simple induration. Ainsi, dans un grand nombre de diarrhées chroniques, le tissu cellulaire sous-muqueux du gros intestin devient beaucoup plus apparent que de coutume ; il se transforme en un tissu dur, blanchâtre et homogène. Si l'augmentation d'épaisseur qu'il a subie est générale et encore peu considérable, il en résulte seulement une certaine roideur dans la totalité des parois du gros intestin, ce n'est point encore du squirrhe ; mais si, l'aspect du tissu

étant d'ailleurs absolument le même, l'augmentation d'épaisseur et de consistance est partielle et assez considérable pour qu'il en résulte une tumeur, ce qui était tout à l'heure un simple endurcissement du tissu cellulaire est maintenant un tissu nouveau et est appelé un squirrhe. On ne donne pas non plus ce nom à l'induration que présente si souvent le tissu cellulaire, soit au fond des ulcérations des membranes muqueuses, soit autour d'anciens ulcères cutanés, soit dans le trajet d'une fistule, soit autour de beaucoup de tumeurs blanches des articulations, soit dans le voisinage d'une carie ou d'une nécrose. Cependant, dans ces divers cas, l'altération qu'on appelle un endurcissement du tissu cellulaire offre un aspect tout à fait identique à l'altération que dans l'estomac on désigne sous le nom de squirrhe.

Quelquefois le tissu cellulaire sous-muqueux de l'estomac ne présente pas seulement l'état d'induration simple dont il vient d'être question (squirrhe des auteurs); non-seulement il s'hypertrophie (1), mais il subit une véritable transformation, il revêt les caractères du tissu cartilagineux, et surtout de ce tissu cartilagineux imparfait, encore mou, peu élastique, qui existe d'abord chez l'embryon. D'ailleurs, dans le tissu cellulaire sous-muqueux, la véritable transformation en cartilage est beaucoup plus rare que dans le tissu cellulaire sous-séreux.

Si, au lieu d'être grisâtre ou bleuâtre, comme demi-transparent, le tissu cellulaire gastrique induré est d'un blanc mat et opaque; si, au lieu d'être dépourvu de vaisseaux, il est parcouru par des ramifications vasculaires plus ou moins nombreuses, ce n'est plus alors du squirrhe, c'est du tissu cérébriforme ou encéphaloïde, qui, dit-on, s'est développé dans l'épaisseur des parois de l'estomac. J'ai longtemps admis cette distinction; mais j'avoue que des recherches plus suivies m'en ont démontré tout l'arbitraire. Dans la plupart des cas, on voit se confondre par des nuances insensibles les deux tissus dits squirrheux et encéphaloïde; et en dernier résultat, celui-ci ne paraît plus être, comme le premier, qu'une forme de l'induration qu'a subie le tissu cellulaire sous-muqueux de l'estomac. Qui ne conçoit en effet que, dans ces divers degrés d'aberration de nutrition, ce tissu cellulaire peut présenter bien des degrés de coloration diverse? Et, quant à la présence ou à l'absence des vaisseaux, ne voit-on pas que c'est encore là une circonstance purement accidentelle? Si en effet dans l'état normal le tissu cellulaire sous-muqueux est parcouru par des vaisseaux, il s'ensuit que ces vaisseaux doivent encore exister dans ce même tissu cellulaire hypertrophié, mais seulement ils y seront plus ou moins apparents, suivant le degré de la congestion sanguine qui existera dans ce tissu au moment où il sera examiné.

La présence ou l'absence des vaisseaux dans le tissu cellulaire induré est donc importante à remarquer, non pas pour établir, d'après elle seule, deux genres de tissus morbides : mais pour reconnaître ainsi l'activité plus ou moins grande de la congestion sanguine, de l'inflammation dans ce même tissu cellulaire. De là des symptômes différents, qui ne résulteront pas de la présence de tissus morbides réellement différents, mais seulement des divers degrés de l'inflammation d'un même tissu.

En même temps qu'est altérée la nutrition du tissu cellulaire gastrique, des sécrétions de nature diverse peuvent s'y opérer, et s'y opèrèrent souvent en effet. Souvent au milieu des portions indurées de ce tissu, sont creusées des espèces d'aréoles ou de loges qui contiennent une matière demi-liquide, assez semblable à de la gelée de viande ou à

---

(1) Depuis que ceci a été imprimé (1re édition, 1827), mon opinion sur la nature du squirrhe s'est un peu modifiée, et l'on pourra voir, dans le *Précis d'Anatomie pathologique*, que le squirrhe ne me semble plus consister seulement dans un simple état d'hypertrophie du tissu celluraire. Il y a encore, là où il se forme, travail de sécrétions morbides.

du miel ; on dit que cette matière est du squirrhe ramolli ; mais c'est là une assertion sans preuve ; et si cette matière est tout à fait semblable à celle qu'on trouve dans grand nombre de kystes à parois séreuses, si on la rencontre dans certaines tumeurs composées de l'ovaire et du corps thyroïde où elle est contenue dans des loges distinctes, et où autour d'elle rien ne ressemble à du squirrhe ; si on l'observe au sein de masses cartilagineuses , où l'on ne voit rien autre chose qu'une matière colloïde disposée dans des cavités dont les parois sont uniquement constituées par du cartilage ; si, comme il m'est arrivé de le voir une fois dans la plèvre, une matière semblable peut se former dans une membrane séreuse qui l'a évidemment sécrétée au lieu de sérosité ; si, enfin, dans ces différents cas, ce prétendu squirrhe à l'état de ramollissement se présente comme un simple produit de sécrétion indépendant de tout état squirrheux antécédent, une analogie rigoureuse nous portera à conclure que la matière semblable à la gelée ou à du miel qu'on trouve assez souvent au milieu du tissu cellulaire induré de l'estomac n'est pas ce même tissu ramolli ; mais que là, comme dans les autres cas qui viennent d'être cités, c'est un produit nouveau qui y a été déposé par voie de sécrétion.

D'autres fois, au sein de ce même tissu cellulaire induré, s'opère un autre genre de sécrétion : c'est une matière liquide, opaque, tantôt d'un blanc mat, tantôt grisâtre, souvent teinte de sang; c'est en un mot une des variétés du liquide morbide que l'on désigne sous le terme générique de pus. Quelles que soient les nuances de ses propriétés physiques, il se présente sous deux aspects : tantôt il est véritablement infiltré au milieu du tissu cellulaire transformé en tumeur dite squirrheuse ou encéphaloïde; on l'en exprime par la pression sous forme de gouttelette ; tantôt il tend à se réunir en un seul foyer qui s'agrandit de plus en plus, et finit par occuper une partie de la masse solide au milieu de laquelle il a été sécrété, et où il était d'abord infiltré. Presque toujours alors le tissu cellulaire au milieu duquel s'opère cette sécrétion de pus présente de nombreux vaisseaux qui sillonnent en sens divers la tumeur qu'il forme; la présence de ces vaisseaux, la sécrétion de ce liquide purulent attestent dans cette tumeur l'existence d'un travail plus actif de phlegmasie ; dès lors survient dans le tissu cellulaire un autre mode d'altération de nutrition; après s'être hypertrophié sous l'influence d'une irritation peu active, plus remarquable par sa longue durée que par son intensité, il tend à se détruire, à s'ulcérer; les vaisseaux qui le parcourent se déchirent, et de là résultent, suivant leur calibre, ou une simple coloration rougeâtre de la matière puriforme, ou d'abondantes et mortelles hémorragies.

Ainsi, dans tout cela, il y a trois phénomènes principaux à saisir : 1° un état inflammatoire plus intense ou d'une nature autre que celui qui avait eu lieu pour produire l'hypertrophie du tissu cellulaire ; 2° une sécrétion purulente ; 3° une tendance à la destruction de la tumeur, à mesure que l'inflammation fait des progrès.

Des faits et des considérations qui précèdent, je crois pouvoir conclure que, parmi les tumeurs développées au-dessous de la membrane muqueuse gastrique, celles que l'on regarde généralement comme constituées par les tissus dits squirrheux et encéphaloïde à l'état de crudité, ne sont que des formes de l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux; et quant à l'état de ramollissement de ces mêmes tissus, je crois qu'on a très-inexactement donné ce nom à des produits nouveaux, qui se déposent, par voie de sécrétion, au sein du tissu cellulaire préliminaire enflammé. D'autres sécrétions morbides peuvent encore s'y effectuer : ainsi on y trouve souvent de la matière tuberculeuse (1) en masses plus ou moins considérables, ainsi on y rencontre par points, ou

---

(1) Je crois avoir prouvé ailleurs (*Précis d'Anatomie pathologique*) que le tubercule, improprement appelé tissu, était un simple produit de sécrétion.

par plaques plus ou moins étendues, des dépôts de matières colorantes de teinte variée, et surtout jaune ou noire (mélanose).

L'hypertrophie du tissu cellulaire gastrique peut être bornée à la membrane sous-muqueuse de Bichat (tunique nerveuse des anciens); c'est le cas le plus commun. Elle peut se continuer dans les portions du tissu cellulaire situées entre les faisceaux de la tunique charnue, d'où résulte entre ces faisceaux la présence d'intersections blanchâtres, sur lesquelles je reviendrai plus bas; enfin l'augmentation d'épaisseur et de consistance peut principalement exister dans la membrane lamineuse sous-péritonéale. Ce dernier cas peut avoir lieu isolément ou simultanément avec l'induration des autres grandes portions du tissu cellulaire gastrique.

L'hypertrophie du tissu cellulaire gastrique peut exister dans toute l'étendue de l'estomac, dont les parois sont alors plus dures, plus épaisses que dans l'état normal, et ne s'affaissent pas lorsqu'on les incise. Ce cas n'est pas le plus commun, et le plus ordinairement l'hypertrophie est partielle. Le point de l'estomac qui en est le plus fréquemment affecté est le pylore, soit seulement le pourtour de l'orifice de communication du ventricule et du duodénum, soit toute la portion dite pylorique de l'estomac. Cette même hypertrophie a été aussi observée autour du cardia, mais beaucoup plus rarement; enfin elle peut exister dans toute l'étendue du corps même de l'estomac et de ses deux bords. Lorsque l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux existe vers le pylore ou vers le cardia, elle finit brusquement, dans le très-grand nombre des cas, là où commencent le duodénum et l'œsophage; elle peut toutefois franchir les limites de l'estomac, et s'étendre à l'une ou à l'autre de ces portions du tube digestif; dans deux cas où il y avait induration du tissu cellulaire sous-muqueux du cardia et de ses environs, j'ai vu cette même induration exister dans le tiers inférieur de l'œsophage, à un degré assez considérable pour qu'il en résultât un notable rétrécissement de la cavité de ce conduit.

La tunique charnue de l'estomac reste intacte dans un très-grand nombre de cas de gastrites chroniques; d'autres fois elle s'altère, et l'on observe alors l'un des trois cas suivants : ou cette tunique s'hypertrophie, ou elle s'atrophie, ou enfin elle disparaît complètement dans une étendu plus ou moins grande de l'estomac.

L'hypertrophie de la tunique charnue, sur laquelle plusieurs auteurs, et en particulier M. le docteur Louis (1), ont déjà fixé l'attention, ne s'observe guère d'une manière isolée, tel est du moins le résultat de mes propres observations. On la voit surtout coïncider avec une pareille hypertrophie du tissu cellulaire qui tapisse ses deux faces, et de celui qui est interposé entre les faisceaux qui la composent. Ceux-ci, vus sur une coupe de l'estomac, paraissent formés d'un tissu plus brillant, plus dur que dans l'état naturel; si, comme il arrive fréquemment, le tissu cellulaire interposé entre eux participe à l'hypertrophie, il en résulte l'aspect suivant, d'autant plus digne de remarque qu'il a donné lieu à de singulières méprises : des intersections blanches, des sortes de cloisons d'apparence et de consistance fibreuses, s'étendent du tissu cellulaire sous-muqueux au sous-péritonéal, en traversant la tunique charnue; elles divisent celle-ci en une série de lobules qui font une légère saillie au-devant des lignes blanches qui les séparent. La véritable nature du tissu qui constitue ces lobules peut être d'abord assez facilement méconnue en raison des modifications de texture qu'a subies, en s'hypertrophiant, la fibre musculaire, qui est devenue d'une texture beaucoup plus serrée. Aussi a-t-on généralement décrit ces lobules et les intersections d'apparence fibreuse qui les séparent comme le type du tissu squirrheux, et l'on est arrivé à ce sin-

(1) *Archives de Médecine.*

gulier résultat, de décrire dans les affections cancéreuses de l'estomac, comme n'existant plus, et remplacée par un tissu accidentel de nouvelle formation, une membrane musculaire qui était, au contraire, hypertrophiée.

Mais en même temps que les diverses portions du tissu cellulaire gastrique augmentent d'épaisseur et de consistance, il y a des cas où la tunique charnue, loin de s'hypertrophier, devient de moins en moins évidente, et subit une véritable atrophie. Alors, par une dissection attentive, on ne trouve plus au milieu des masses du tissu cellulaire induré que quelques fibres décolorées, réunies en faisceaux minces, que séparent de larges intervalles où l'on n'en aperçoit plus aucune trace. Dans d'autres estomacs, et toujours avec la même disposition du tissu cellulaire, la tunique charnue a complétement disparu dans une étendue plus ou moins grande, et à sa place on ne trouve plus que du tissu cellulaire induré, que recouvre en dehors le péritoine, et en dedans une membrane muqueuse plus ou moins altérée. Que voyons-nous dans ces divers cas? une augmentation de nutrition d'un tissu, et la diminution de nutrition d'un autre, mais rien qui justifie l'admission d'un tissu de formation nouvelle. C'est d'ailleurs un fait très-général dans l'économie, qu'en vertu d'une sorte de *balancement de nutrition*, l'activité plus grande acquise par un organe ou par un tissu dans sa vitalité, dans ses fonctions, dans sa nutrition, entraîne une activité moindre dans les fonctions végétatives ou animales d'autres parties. Et pour citer seulement quelques faits analogues à celui dont il vient d'être question, voyez dans les membres comme à mesure qu'une tumeur végète au milieu du tissu cellulaire où elle a pris naissance, les muscles qui l'entourent ou qui la traversent perdent souvent leur coloration et leur grosseur, et sont réduits à n'être plus qu'un assemblage de quelques fibres minces et pâles. Dans un cas que j'ai eu occasion d'observer il y a quelques mois, le tissu cellulaire graisseux situé derrière le globe de l'œil avait pris un tel degré d'accroissement, en même temps qu'il s'était induré, qu'il remplissait toute la cavité de l'orbite, et repoussait même les paupières en avant; au milieu de la masse blanchâtre et dure qui en résultait, et dans laquelle on retrouvait encore un assez grand nombre de pelotons adipeux, était comme enseveli le globe de l'œil, singulièrement diminué de volume et formé par une sclérotique très-petite, contenant les diverses membranes et humeurs, mais seulement en rudiment; la cornée transparente ne se montrait plus que comme un point noir à la partie antérieure de la sclérotique. A celle-ci s'attachaient, comme de coutume, les six muscles de l'œil; mais ils étaient très-petits, décolorés, rudimentaires comme l'œil auquel ils aboutissaient; il fallait une dissection attentive pour ne pas les confondre avec le tissu cellulaire qui les environnait. Là donc, comme dans les cas de gastrite chronique dont j'ai parlé en dernier lieu, tous les éléments entrant dans la composition de l'organe se retrouvent; mais seulement modifiés dans leur nutrition, ils n'ont plus les mêmes proportions de volume (1).

---

(1) On a beaucoup agité dans ces derniers temps la question de savoir si le squirrhe ou cancer d'estomac, tel que nous venons de le décrire devait être considéré comme un des produits de l'inflammation de cet organe. Il nous semble au moins raisonnable d'admettre qu'une inflammation peut occasionnellement produire dans l'estomac un cancer, comme elle en détermine un dans une mamelle qui a été soumise à une violence extérieure. Voici du reste un fait important sous ce rapport, dont on doit la connaissance à M. Bouillaud, et qui nous paraît démontrer de la manière la plus manifeste qu'un cancer peut se développer dans l'estomac à la suite de l'ingestion dans cet organe d'une certaine quantité d'acide nitrique. Il est évident qu'en pareil cas un travail phlegmasique a précédé la formation du cancer. Nous allons transcrire ici cette observation tout entière, parce qu'elle nous semble avoir une très-haute portée

L'atrophie de la tunique charnue de l'estomac peut aussi coïncider avec une pareille atrophie des autres tuniques. L'atrophie simultanée des membranes muqueuse, lamineuse et musculaire, est quelquefois portée au point que, dans une étendue souvent très-grande, telle que celle de tout le grand cul-de-sac, les parois de l'estomac ne re-

---

dans la question de l'étiologie du cancer. Elle a été publiée par M. Bouillaud dans le *Journal hebdomadaire de Médecine*, pour décembre 1833.

Un homme, âgé de 34 ans, imprimeur, d'une constitution sèche, assez robuste, d'un caractère sombre, se livrant à divers excès, éprouvant des contrariétés dans son ménage, avait tenté de s'empoisonner en buvant de l'acide nitrique, huit jours avant son entrée à la clinique de la Charité, où il fut reçu le 26 juin 1833. Il avait pris, dit-il, un verre d'eau-forte, dont il vomit une grande partie, immédiatement après l'avoir avalée. Un médecin qu'il fit appeler lui prescrivit de l'eau magnésienne. Pendant les deux premiers jours, le malade fut tourmenté de vomissements, accompagnés d'une soif ardente et d'un mouvement fébrile intense. La gorge était très-douloureuse et la déglutition difficile. Des sangsues furent appliquées à l'épigastre et au cou, moyen qui fut secondé par les émollients de tout genre (*catapl.; gargar.; boissons,* etc.). Peu à peu les plus graves accidents se calmèrent.

Au moment de l'entrée du malade, nous aperçûmes, en lui faisant ouvrir la bouche, des traces encore très-profondes de l'action du poison : en effet, la face interne des joues, la luette, le voile du palais et l'arrière-gorge tout entière étaient couverts d'ulcérations avec escarres d'un gris tirant un peu sur le jaune ; les parties ainsi scarifiées étaient injectées, rouges, tuméfiées, douloureuses, et exhalaient une odeur fétide. La raucité de la voix, une vive douleur dans le trajet de l'œsophage, augmentant pendant la déglutition, nous portèrent à croire que la partie supérieure du larynx et l'œsophage étaient le siége de lésions analogues aux précédentes. Les symptômes gastriques, tels que nausées, vomissements, douleur épigastrique, avaient beaucoup diminué, mais ils n'avaient point complétement cessé. Le visage était un peu grippé ; le pouls était petit, concentré, et battait de quatre-vingt-douze à quatre-vingt-seize fois par minute. Il n'existait point de chaleur fébrile.

Quelques nouvelles applications de sangsues furent pratiquées ; on employa les boissons adoucissantes, les topiques émollients et détersifs. Pendant les premiers jours, j'insistai sur la diète la plus rigoureuse ; et plus tard, le malade fut mis au régime lacté.

Sous l'influence de ces moyens, la bouche et l'arrière-bouche se nettoyèrent, les ulcérations se cicatrisèrent et les fonctions digestives se rétablirent en très-grande partie. Le malade était si satisfait de son état, qu'il demanda sa sortie, le 20 juillet, trois semaines environ après son entrée.

A cette époque, le malade ne se plaignait guère que d'un sentiment de gêne, vers la partie moyenne et inférieure de l'œsophage. Il était à craindre que la violente inflammation ulcérative de l'œsophage ne tendît à déterminer un rétrécissement dans quelque point du trajet de cet organe. Nous recommandâmes au malade de ménager beaucoup son estomac, dont la susceptibilité était encore très-prononcée.

Malheureusement cet homme, ainsi que nous l'avons appris plus tard, avait, entre autres défauts, une gloutonnerie peu commune, et il ne paraît pas qu'il ait fait beaucoup de cas de nos conseils.

Quoi qu'il en soit, trois semaines après sa sortie (14 août), il revint à notre hôpital. Il raconta que trois ou quatre jours après sa sortie, les douleurs qu'il avait d'abord ressenties dans la région de l'œsophage et de l'estomac se réveillèrent, et qu'il vit reparaître les nausées et les vomissements, accompagnés de coliques et de constipation. Il reçut les soins de M. le docteur Gaultier de Claubry, qui l'engagea ensuite à rentrer dans notre service.

Il avait alors beaucoup maigri, et son visage était profondément altéré. Des nausées, des vomissements, des rapports aigres, et un gonflement considérable de la région épigastrique avec constipation, tels étaient les principaux symptômes que l'on observait. La langue était pâle, assez humide, l'haleine fétide ; le pouls battait soixante-six à soixante-huit fois par minute, et la température de la peau était à peu près normale.

présentent plus qu'une toile très-mince constituée par le seul péritoine, sur lequel on aperçoit à peine çà et là quelques vestiges des autres membranes. De semblables cas ont déjà été très-bien décrits par M. Louis, avec son exactitude et sa sagacité ordinaires.

En mon absence, M. le docteur Douné, chef de clinique, prescrivit l'application de quinze sangsues, et de cataplasmes laudanisés sur l'épigastre. Il ne s'ensuivit aucun soulagement notable. Le gonflement du ventre, les éructations, la constipation engagèrent ensuite M. Douné à prescrire des pilules de charbon et de magnésie, et de deux onces d'huile de ricin, qui furent vomies presque aussitôt après leur ingestion.

Cependant le ventre se tend, se tuméfie de plus en plus, et la tuméfaction offre cette particularité, qu'elle est beaucoup plus prononcée dans l'hypochondre gauche : là existe une sorte de tumeur qui fait saillir les côtes asternales, et qui se constitue obliquement jusque vers la région de l'ombilic, en formant une courbure à convexité dirigée du côté gauche (1). La percussion donnait un son mat, et la fluctuation était évidente pour toutes les personnes qui explorèrent avec nous, à plusieurs reprises, la cavité abdominale. La pression était douloureuse. Les forces baissaient chaque jour davantage, et les symptômes gastriques restaient à peu près les mêmes. L'existence d'un épanchement dans le péritoine et d'une gastrite chronique, ne pouvait alors échapper à l'œil le moins exercé. La vive douleur dont se plaignait alors le malade, dans la région abdominale, nous portait à soupçonner une péritonite. Le pouls était devenu très-fréquent et très-petit, la langue se séchait souvent, les traits étaient grippés : tout nous faisait présager une issue funeste.

La racine de cahinça, des pilules composées de calomel, à très-faible dose, et d'opium (et qui furent bientôt supprimées), un vésicatoire sur la région épigastrique, des frictions mercurielles sur l'abdomen, tels furent les principaux remèdes que nous opposâmes contre l'épanchement, lequel, à notre grande surprise, finit par disparaître complétement. Lorsque le ventre fut affaissé, nous remarquâmes qu'il existait néanmoins une saillie dans la région de l'hypochondre gauche. L'art fut moins heureux d'un autre côté. En effet, les nausées et de petits vomissements continuèrent, le marasme fit des progrès. (Une nouvelle application de quinze sangsues, la glace, les boissons acidulées, tout échoua.)

Malgré les vomissements, le malade demandait toujours des aliments solides, et pour nous engager à lui en donner, il disait avoir une répugnance invincible pour le bouillon. Il prenait d'ailleurs, à notre insu et en cachette, divers aliments, entre autres du chocolat. Il avait repris un peu de forces vers le milieu du mois de septembre, époque où l'épanchement abdominal avait entièrement disparu ; et trouvant qu'on ne lui donnait pas assez à manger, il se proposait de sortir, lorsqu'il s'éteignit tout à coup, dans la nuit du 24 septembre, trois mois après son empoisonnement.

OUVERTURE DU CADAVRE.

36 *heures après la mort.*

MM. les docteurs Capuron et Gaultier de Claubry étaient du nombre des personnes qui assistèrent à cette ouverture, dont nous ne rapporterons que les détails relatifs à l'état du tube digestif.

L'estomac présente un volume énorme. A l'aspect de cette sorte d'immense cornemuse, j'annonçai que nous trouverions un obstacle au cours des matières à travers le pylore. Cet organe, ainsi dilaté, remplissait non-seulement l'hypochondre gauche, mais tout le côté gauche de la cavité abdominale, jusque vers la fosse iliaque (2). C'était

(1) Ce ne fut qu'à l'ouverture du cadavre que cessa le doute que nous avions sur la véritable cause de cette particularité.

(2) Le diamètre longitudinal de ce viscère avait au moins un pied, et dans la grosse tubérosité, le diamètre transversal égalait presque le vertical.

Les différentes altérations que nous vevons d'étudier ne se forment pas, avec une égale fréquence, à toutes les époques de la vie. Rien n'est plus rare, par exemple, que d'observer l'induration squirrheuse du tissu cellulaire gastrique avant l'âge de trente-cinq à quarante ans. Sous ce rapport, l'observation suivante nous a paru devoir être citée.

IVe OBSERVATION.

Squirrhe de l'estomac chez un sujet âgé de vingt-deux ans. Premiers symptômes de la maladie à l'âge de dix-neuf ans.

Un homme, âgé de 22 ans, ressentit à l'âge de 19 ans des douleurs assez vives à l'épigastre. Dès cette époque ses digestions commencèrent à se déranger ; il était tourmenté par des rapports acides, et un sentiment de pesanteur incommode vers la région de l'estomac dès qu'il avait pris des aliments ; il maigrissait et dépérissait de jour en jour ;

évidemment là la cause de cette saillie ou tuméfaction, que nous avions constatée pendant la vie. Cette tuméfaction, avait, en effet, la forme et la direction de l'estomac. A peine les parois de cette vaste poche furent-elles incisées, qu'il s'écoula de sa cavité une sorte de *magma* épais, offrant une grande ressemblance avec du chocolat, et exhalant une odeur aigre des plus pénétrantes. On peut évaluer à près de deux litres la quantité de matières contenues dans l'estomac. (Et ce malheureux, la veille de sa mort, voulait sortir, parce que, disait-il, il n'avait pas assez à manger!) Malgré l'énorme dilatation de l'estomac, ses parois n'étaient amincies que dans une partie de leur circonférence, et spécialement vers la grosse tubérosité. La portion pylorique de la membrane muqueuse de l'estomac offrait une rougeur vive, ardente, due à une injection pointillée très-fine, et assez uniformément répandue. Cette portion tranchait avec celle qui tapisse le grand cul-de-sac, laquelle était brunâtre, ardoisée, et beaucoup moins injectée. Dans cette dernière portion, la membrane muqueuse était ramollie et complétement détruite en plusieurs points. Tout près du pylore, on voyait les restes de deux ulcérations ovalaires, situées l'une au-devant de l'autre. Leur fond était lisse et entouré d'un rebord épais, d'un quart de ligne environ de profondeur, se continuant avec ce même fond. Le travail de la cicatrisation était très-avancé dans ces deux ulcérations. Ce travail était plus avancé encore dans une autre ulcération, placée environ à un pouce de distance de ces deux précédentes, ayant une forme arrondie et un pouce de diamètre ; le fond de cette ulcération, formé par un tissu cellulaire injecté, était environné d'une espèce de bourrelet très-saillant. L'orifice du pylore formait une sorte d'infundibulum, dont l'ouverture duodénale n'avait guère qu'une ligne de diamètre (elle laissait à peine passer l'extrémité d'une sonde cannelée ordinaire). Autour de ce pertuis, les parois de l'estomac sont indurées, épaissies, induration et épaississement qui se continuent vers le duodénum, dans une étendue d'une pouce à un pouce et demi. L'épaisseur des parois du duodénum et du cercle pylorique est de quatre à cinq lignes. La surface de la section qu'on pratique dans les parois indurées et hypertrophiées, est d'un blanc grisâtre nuancé d'une teinte bleuâtre ; le tissu de ces parois offre un aspect lardacé, crie légèrement sous le scalpel qui les incise, et l'on y trouve, en un mot, tous les caractères du squirrhe de l'estomac, tel qu'il a été décrit par M. le professeur Andral. Dans la portion du duodénum, ainsi transformée en matière squirrheuse, on reconnaît encore la présence de la membrane muqueuse. Le reste du tube digestif ne présentait aucune altération notable. Il avait seulement diminué considérablement de volume, et était réellement atrophié. Il y avait dans le gros intestin une certaine quantité de matières fécales d'une consistante médiocre.

Dans le tiers inférieur de l'œsophage, on voyait plusieurs dépressions arrondies, à fond lisse et poli, entourées d'un bord peu saillant, ayant un diamètre de trois à quatre lignes d'étendue. Ces dépressions nous parurent être des ulcérations cicatrisées. La membrane muqueuse œsophagienne était, d'ailleurs, d'un blanc pâle ou grisâtre.

cependant il ne vomissait pas. Au bout de deux ans seulement le malade commença à éprouver des nausées fréquentes, et à vomir de temps en temps ses aliments et ses boissons. Ces vomissements, d'abord rares, se rapprochèrent de plus en plus : ordinairement ils avaient lieu trois ou quatre heures après le repas. Lorsque le malade entra à la Charité, il était dans un état de marasme effrayant; il vomissait presque tous les jours; une tumeur bien dessinée se faisait sentir à l'épigastre à droite de l'apophyse xiphoïde. Le malade, après un assez court séjour à l'hôpital, succomba à un dépérissement graduel. Il avait offert tous les symptômes généraux et locaux d'une affection organique de l'estomac dans son plus grand état de simplicité. L'ouverture du cadavre justifia le diagnostic qu'on en avait porté. On trouva la portion pylorique de l'estomac, et le pylore lui-même, dégénérés en matière squirrheuse, avec mélange de matière encéphaloïde non ramollie.

Cette observation, qui est principalement importante sous le rapport de l'âge du sujet, présente quelques autres circonstances dignes de fixer notre attention.

Les nausées et les vomissements ne commencèrent à se manifester que deux ans après l'apparition des autres symptômes, tels que dérangement des digestions, rapports acides, etc. ; les douleurs lancinantes à l'épigastre, nulles ou peu intenses chez tant d'individus, furent toujours très-vives chez notre jeune malade. Le système nerveux, plus développé chez lui en raison de son âge, était-il plus affecté, et ressentait-il plus énergiquement la douleur ? Quoi qu'il en soit, l'absence des vomissements ne devait pas empêcher de croire à l'existence d'un cancer de l'estomac; car de nombreuses observations ont appris que le vomissement n'est pas un symptôme essentiel de cette maladie ; qu'il peut ne pas se montrer, surtout dans les cas où le cancer attaquant le corps même de l'estomac, les deux ouvertures de ce viscère restent libres.

Les vaisseaux sanguins de l'estomac présentent quelques altérations spéciales dans plus d'un cas de gastrite chronique. On trouve souvent, par exemple, au-dessous de la membrane muqueuse ramollie, des veines remarquables par leur volume, manifestement dilatées, et devenues comme variqueuses. Du reste, on en observe de semblables dans plusieurs autres parties où existe un ancien travail inflammatoire : ainsi, autour d'anciens ulcères des membres inférieurs se montrent souvent de grosses veines variqueuses; cette dilatation des veines persiste même quelquefois plus ou moins longtemps après que l'inflammation a cessé. Cette dilatation semble être souvent, en pareil cas, un phénomène tout passif, comme l'est la dilatation des veines de la conjonctive après certaines ophthalmies. Mais cette dilatation peut aussi être active, accompagnée de l'épaississement des parois du vaisseau, et produite par un véritable travail de phlegmasie, propagé de la membrane muqueuse aux vaisseaux capillaires qui la parcourent, et de ceux-ci aux gros troncs veineux, qui en rapportent le sang dans le torrent circulatoire. Les faits très-intéressants, publiés par le savant docteur Ribes, ont appris que dans

certaines phlegmasies cutanées, l'inflammation des veines joue un rôle important; j'ai cherché à m'assurer s'il n'en serait pas de même dans certaines cas d'inflammation des membranes muqueuses, et en particulier de la membrane muqueuse gastrique, et voici ce que j'ai trouvé dans deux circonstances : en incisant de grosses veines dilatées et pleines de sang qui rampaient sous la membrane muqueuse, rouge et molle dans un cas, brune et hypertrophiée dans un autre cas, j'ai constaté l'existence d'un notable épaississement de leurs parois, qui opposaient une sorte de résistance à la lame du scalpel, paraissaient comme dures au toucher, et ne s'affaissaient pas après avoir été divisées. Or, on sait maintenant que cet épaississement des parois veineuses, avec ou sans dilatation de leur cavité, est un des caractères de la phlébite chronique. Chez un autre individu, dont l'estomac était envahi par une large ulcération, dont le pourtour était comme bordé par des végétations molles et rougeâtres, formées aux dépens de la muqueuse, on voyait de grosses veines ramper en grand nombre autour de cette ulcération; elles étaient situées dans le tissu cellulaire sous muqueux. L'une d'elles était remarquable par sa dureté, et son aspect rappelait celui que présentent certaines petites veines des membres oblitérées par d'anciens caillots. Elle était effectivement distendue et obstruée par une masse solide de couleur lie de vin, mêlée à une substance plus liquide et d'aspect comme purulent. En poursuivant cette veine le plus près possible de l'ulcération, on voyait que les veinules qui se réunissaient pour la former, et qui partaient de plusieurs des végétations précédemment indiquées, étaient dures comme elle, obstruées par une matière solide, et semblables à de petites nodosités.

On peut encore démontrer par d'autres faits la part que prennent quelquefois les vaisseaux sanguins de l'estomac à son inflammation. Ces faits sont ceux dans lesquels on a trouvé au fond d'une ulcération des vaisseaux rompus et plus ou moins largement ouverts. Quelle peut être, en effet, la cause de cette rupture des vaisseaux? la même incontestablement que celle qui a opéré la destruction successive des autres tissus, d'où est résulté la formation d'un ulcère. Ainsi se perforent également les vaisseaux qui rampent à la surface d'une caverne pulmonaire, ou qui sont contenus dans les brides qui la traversent. On sait, d'ailleurs, que dans ces vaisseaux l'inflammation adhésive est beaucoup plus commune que l'ulcérative, d'où il résulte que leur oblitération est beaucoup plus fréquente que leur perforation. En est-il de même autour et au fond des

ulcérations chroniques de l'estomac? Un fait digne de remarque, c'est que, dans quelques cas où l'on a trouvé des vaisseaux largement ouverts au fond d'une de ces ulcérations, il n'y avait eu pendant la vie aucune hématémèse, et que dans l'estomac il n'y avait pas de sang épanché.

Le système lymphatique de l'estomac ne reste pas toujours étranger aux inflammations chroniques qui frappent cet organe. Dans ce système, il y a à considérer 1° les vaisseaux ; 2° les ganglions où se rendent ces vaisseaux et d'où ils émanent.

Je ne compte plus les cas où, en divers points de l'intestin, j'ai trouvé, partant d'une ulcération, des vaisseaux lymphatiques remplis de pus ou d'une matière plus consistante que le pus ordinaire, friable, comme tuberculeuse ; ainsi distendus et semblables à des cordons noueux, ces vaisseaux lymphatiques se rendaient au mésentère, et tantôt y disparaissaient insensiblement, tantôt pouvaient être suivis jusqu'à un ganglion. Dans plusieurs cas, il n'y avait pas seulement distension du vaisseau par une matière étrangère, il y avait de plus épaississement très-manifeste de ses parois, qui avaient perdu leur transparence accoutumée. Une seule fois, j'ai trouvé dans l'estomac un semblable état des lymphatiques. Un de ces vaisseaux, rempli d'une matière blanchâtre, partait d'une ulcération située vers le milieu de la grande courbure de l'estomac, rampait tout le long de cette grande courbure, et cessait d'être visible vers le grand cul-de-sac.

Les ganglions qui reçoivent plusieurs des vaisseaux lymphatiques de l'estomac, et qui existent, comme chacun sait, le long de ses deux bords, paraissent moins susceptibles de s'engorger à la suite des gastrites aiguës et chroniques, que ne le sont les ganglions du mésentère à la suite d'une entérite. Cependant, dans quelques cas de gastrites chroniques, on les trouve remarquablement développés, et constituant des tumeurs considérables. De ces tumeurs ont quelquefois dépendu des accidents, des symptômes qu'on a cru dépendre de l'estomac. Ainsi, pendant la vie, elles peuvent être appréciables par le palper en divers points de l'épigastre; et présenter les mêmes variétés de position, de forme, de volume, de mobilité, que les tumeurs qui appartiennent à l'estomac lui-même. D'autres fois, ce sont les ganglions situés soit le long du bord diaphragmatique du ventricule, soit surtout derrière l'estomac dans l'arrière-cavité épiploïque, qui acquièrent un volume énorme, en même temps que leur tissu éprouve différentes espèces d'altérations. Elles peuvent alors déplacer l'estomac, le pousser en avant, le comprimer

entre elles et les parois abdominales, et contribuer autant à la difficulté des digestions que l'inflammation chronique dont l'estomac lui-même est atteint. D'autres fois, le pylore se trouve entouré, comprimé, véritablement obstrué par ces ganglions transformés en volumineuses tumeurs; de là, des vomissements tels que ceux qui se manifestent, lorsque par exemple, une induration considérable du tissu cellulaire sous-muqueux de l'anneau pylorique et de ses environs s'oppose au libre passage des matières de l'estomac dans le duodénum.

Au nombre des éléments anatomiques de l'estomac beaucoup trop négligés jusqu'à présent dans l'étude anatomique des maladies de cet organe, il faut placer les nerfs. Nul doute que de leur altération ne résulte plus d'une affection gastrique. Mais cette altération est-elle appréciable par les investigations de l'anatomiste? Je puis répondre à cet égard que bien des fois j'ai disséqué avec soin, soit les deux pneumo-gastriques dans leurs troncs et dans leurs ramifications sur les deux faces de l'estomac, soit les filets assez nombreux qu'il reçoit du grand sympathique; je les ai disséqués, et sur des estomacs sains, et sur des estomacs présentant la plupart des altérations qui ont été précédemment décrites; jusqu'à présent je n'ai obtenu que des résultats négatifs, et, dans les cas les plus différents d'altération de l'estomac; je n'ai trouvé aucune différence appréciable dans la couleur, le volume, la consistance des nerfs qui s'y distribuaient. Ce n'est pas à dire que ces nerfs soient toujours exempts d'altérations appréciables; mais comme cinquante-trois cadavres ont été examinés par moi à la Charité sous ce rapport, sans que rien n'y ait été découvert, je crois être en droit d'en conclure: 1° que ces altérations sont rares; 2° qu'elles ne sont nécessairement liées à aucune des nombreuses lésions organiques qui peuvent frapper l'estomac (1). Cependant l'observation ne permet pas de douter que, bien que les altérations des nerfs de l'estomac ne soient pas de nature à être le plus ordinairement appréciées par la dissection, ces altérations n'en sont pas moins réelles et fréquentes. Nul doute que, d'une part, les nombreuses sympathies transmises par l'estomac aux différents organes ne leur soient transmises par le moyen de ses nerfs, si remarquables par leur distribution et par leur nombreuses con-

(1) *Voyez*, dans le *Précis d'Anatomie pathologique*, quelques exemples d'altérations du pneumo-gastrique dans les cas de cancers d'estomac.

nexions; nul doute non plus que, d'autre part, parmi les modifications de fonctions indéfiniment variées que peut présenter l'estomac, et qui simulent plus ou moins complètement les symptômes d'une gastrite aiguë ou chronique, plusieurs ne dépendent d'une vicieuse influence des centres nerveux sur l'estomac; de là, chez les uns, divers troubles de la digestion, chez les autres, des vomissements; ailleurs, des douleurs épigastriques, etc.

L'inflammation chronique de l'estomac, quelles que soient les formes qu'elle ait revêtues, peut se terminer par la gangrène, mais beaucoup moins fréquemment qu'on ne l'a dit. Le cas où j'ai le plus souvent rencontré cette gangrène est celui où l'estomac était le siége d'une ancienne ulcération avec fongosités autour d'elle et dans son fond. C'était cette ulcération elle-même que la gangrène avait envahie; on la trouvait alors couverte d'un détritus gris cendré ou noirâtre, qui s'enlevait comme une bouillie par le raclage du scalpel, et d'où s'exhalait une odeur des plus fétides. Dans les derniers temps de la vie, les forces s'étaient tout à coup prostrées; la face avait pris rapidement un aspect cadavérique; des hématémèses avaient eu souvent lieu; cet ensemble de symptômes avait vraisemblablement coïncidé avec l'époque où l'ulcération de l'estomac avait commencé à être frappée de gangrène. Telle est aussi la terminaison d'un certain nombre d'ulcérations et de dégénérations variées du col utérin; il y a même alors une ressemblance souvent très-grande entre l'altération de l'estomac et celle de l'utérus. C'est encore ainsi que, chez plus d'un phthisique, la gangrène vient à s'emparer des parois des cavernes, que l'on trouve transformés en un putrilage noir et fétide.

J'ai trouvé beaucoup plus rarement l'estomac frappé de gangrène, lorsqu'il n'avait point été préliminairement ulcéré. Quelquefois, cependant, au-dessus de tumeurs constituées par un tissu cellulaire sous-muqueux induré, j'ai rencontré des portions de membrane muqueuse gangrenées et transformées en escarres.

L'estomac chroniquement enflammé subit, dans sa forme et dans son volume, diverses modifications qui peuvent être assez considérables pour être appréciées pendant la vie à travers les parois abdominales. Je m'occuperai surtout ici de ses modifications de volume. Les cas dans lesquels on voit la cavité d'un organe creux s'agrandir beaucoup au delà de son état normal sont nombreux et variés, sous le rapport des causes qui déterminent cet agrandissement. Ainsi, tantôt la dilatation s'opère par

suite de l'existence d'un obstacle à l'orifice par lequel les liquides introduits dans la cavité de l'estomac doivent naturellement en sortir ; dans ce cas se trouvent le cœur, la vessie, la vésicule du fiel, etc. Alors les parois de la cavité de ces organes ou conservent leur épaisseur naturelle, ou s'hypertrophient, ou s'amincissent. Tantôt, sans qu'aucun obstacle s'oppose à la libre issue des fluides, on voit une semblable dilatation s'opérer, les parois de la cavité offrant d'ailleurs l'une des trois dispositions qui existaient dans le cas précédent. Dans ce cas peuvent se trouver tous les organes creux, le cœur, la vessie, les artères, les veines, les bronches, etc. A l'instar de tous ces organes, l'estomac peut notablement s'agrandir, devenir assez considérable pour remplir toute la capacité abdominale, soit qu'il existe un obstacle au pylore, ce qui est le cas le plus commun, soit que les parois de la région pylorique présentent une induration considérable du tissu cellulaire, avec atrophie de la membrane musculaire, mais qu'en même temps l'orifice pylorique, loin d'être rétréci, se trouve au contraire plus large que de coutume ; soit enfin, ce qui est le cas le plus rare, que les parois de l'estomac n'offrent d'autre altération que de l'injection ou du ramollissement de la membrane muqueuse.

Ainsi, en définitive, de ces trois cas il n'y en a qu'un seul dans lequel la dilatation de l'estomac, l'agrandissement considérable de sa cavité, coïncident avec un obstacle au libre passage des aliments de l'estomac dans le duodénum. Il est possible, cependant, comme je le dirai un peu plus bas, que, dans le second cas, où l'orifice pylorique est dilaté au lieu d'être rétréci, l'atrophie de la membrane musculaire, dans cette partie de l'estomac, soit une cause aussi puissante que certaines tumeurs du pylore, pour empêcher les aliments de sortir librement de l'estomac.

Les trois observations suivantes vont nous fournir des exemples remarquables de dilatations de l'estomac portées à un très-haut degré.

Dans la première de ces observations, il y a un obstacle au pylore qui s'oppose au passage des matières de l'estomac dans le duodénum ; dans la seconde, c'est le dernier intestin qui est le siége de l'obstacle ; dans la troisième, il n'existe en aucun point d'obstacle au libre cours des matières, et cependant, malgré cette absence de causes mécaniques, l'estomac avait de même subi une énorme dilatation.

Ve OBSERVATION.

Dilatation très-considérable de l'estomac, qui remplit tout l'abdomen ; induration des parois de sa portion pylorique, avec atrophie de la tunique musculaire, et conservation de la largeur accoutumée du pylore.

Une femme, âgée de soixante-cinq ans, maigre et chétive, commença à ressentir, vers le mois de juin 1821, les symptômes d'une affection organique de l'estomac : digestions difficiles, alternatives d'appétit dévorant et d'anorexie complète, éructations acides, nausées, vomissements fréquents plusieurs heures après le repas, douleur épigastrique.

Ces symptômes prirent de jour en jour une intensité plus grande. Au mois de mars 1822, la malade entra à l'hôpital de la Charité. Elle était alors réduite au dernier degré du marasme. L'estomac se dessinait parfaitement à travers les parois abdominales ; il était facile de voir qu'il occupait la plus grande partie de la cavité du ventre. Son bord colique reposait immédiatement sur le pubis; son bord diaphragmatique décrivait une courbe dont la concavité regardait en haut, et qui, partant de l'épigastre, descendait jusqu'au niveau de l'ombilic, puis remontait vers l'hypochondre droit. La malade éprouvait, vers le point présumé où devait se trouver le pylore, une douleur habituelle qui s'exaspérait par intervalles. Elle vomissait à peu près toutes les quarante-huit heures une grande quantité de liquide brunâtre. Après qu'elle avait vomi, la tumeur formée par l'estomac s'affaissait, mais ne disparaissait pas. Le vomissement avait lieu sans effort, presque comme une simple régurgitation. La malade désirait souvent des aliments ; mais à peine en avait-elle avalé quelques bouchées qu'elle était rassasiée ; alors sa bouche devenait le siége d'une sensation d'amertume insupportable. Elle rendait continuellement par la bouche une grande quantité de gaz plus ou moins aigres.

La langue avait un aspect naturel; soif très-modérée, selles rares ; le pouls était peu fréquent et très-faible, la peau aride et sans chaleur.

L'origine de la maladie ne put être rapportée à aucune cause appréciable.

Cette femme s'affaiblit rapidement, et, après un séjour de quinze jours environ à l'hôpital, ses traits s'altérèrent, son pouls cessa de battre, ses extrémités se refroidirent, et elle succomba sans agonie, ayant conservé jusqu'au dernier moment le libre usage de ses facultés intellectuelles.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les organes du crâne et du thorax étaient sains.

Les parois abdominales ayant été enlevées, l'on aperçut l'estomac occupant la presque totalité de la cavité du ventre. Il descendait d'abord verticalement de l'épigastre jusque près de la fosse iliaque gauche ; puis il se dirigeait obliquement de gauche à droite, et de haut en bas vers la fosse iliaque droite ; dans cet intervalle, la grande courbure était cachée par le pubis, et reposait sur l'utérus ; il remontait ensuite vers l'hypochondre droit, où il se continuait avec le duodénum. Le reste du canal intestinal était caché par l'estomac, à l'exception de quelques anses de l'intestin grêle qui occupaient le flanc droit, et de l'S iliaque du colon. L'estomac contenait une énorme quantité de liquide brun semblable à celui qui était vomi pendant la vie. La surface interne était partout d'une blancheur parfaite, mais partout aussi la muqueuse était

d'une grande mollesse. Dans l'étendue de quatre travers de doigt en deçà du pylore, cette membrane n'existait plus.

Là où commençait la solution de continuité de la membrane muqueuse, elle formait un bourrelet blanchâtre irrégulier. Le fond de l'ulcère qui en résultait était formé par le tissu lamineux, qui avait quatre à cinq fois au moins son épaisseur naturelle, et se laissait diviser par le scalpel en un tissu d'un blanc nacré. La surface libre présentait une couleur d'un gris noirâtre. Dans cette même étendue, l'on ne trouvait plus aucune trace de fibre musculaire. L'ouverture du pylore présentait encore assez de largeur pour admettre facilement l'extrémité du doigt indicateur. Le reste du canal intestinal était très-resserré et sain.

Comment expliquer, dans le cas qui vient d'être cité, cette accumulation en quelque sorte indéfinie des aliments dans l'estomac, et son énorme distension, l'orifice pylorique étant d'ailleurs libre ou même plus large que de coutume? Observé sur le cadavre, cet orifice est réellement fermé, et il faut vaincre une certaine résistance pour y introduire l'extrémité du petit doigt. Si on l'examine sur un animal vivant, on voit qu'il reste aussi habituellement resserré, à l'instar des sphincters de la vessie et du rectum. Mais, pendant la digestion, et lorsque les aliments chymifiés, s'engagent dans le duodénum, un nouveau phénomène se présente. Les fibres musculaires de l'estomac offrent un mouvement de contraction très-manifeste, qui, commençant vers le milieu du corps de l'estomac, se prolonge jusqu'à la première courbure du duodénum, cette contraction change l'état du pylore, surmonte sa résistance toute passive, de telle sorte que la contraction musculaire qui vient d'être décrite est au moins l'une des principales causes, si ce n'est l'unique, qui pousse le chyme dans le duodénum. Il suit de là que, si dans la portion pylorique de l'estomac il n'y a plus de fibres charnues, une des plus puissantes causes de l'expulsion des aliments n'agit plus, et ceux-ci n'arrivent que plus difficilement dans le duodénum. Telle est la manière d'expliquer le fait dont il s'agit, dans l'hypothèse où l'on admet que l'énorme dilatation éprouvée par l'estomac reconnaît pour cause la distension que lui fait subir l'accumulation insolite d'une grande quantité de matière alimentaire. Mais cette cause est-elle aussi puissante qu'on l'a dit? Observons d'une part qu'une pareille dilatation peut avoir lieu sans qu'il y ait aucune cause appréciable qui gêne le passage des aliments dans le duodénum. (*Voyez* à ce sujet l'observation suivante.) Observons d'autre part que des obstacles très-considérables existent souvent au pylore sans que l'estomac se dilate notablement.

VIe OBSERVATION.

Cancer du duodénum; cicatrice dans l'estomac. Dilatation de ce dernier organe, dont le bord colique touche presque le pubis.

Une femme, âgée de 74 ans, entra à la Pitié, le 1er novembre 1832. Depuis longtemps cette femme digérait mal, et elle vomissait de temps en temps. Elle resta douze jours à l'hôpital : pendant ce temps elle ne vomit pas; sa langue fut toujours sèche et d'une rougeur lisse et uniforme. Elle succomba, après s'être graduellement affaiblie.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'estomac avait acquis un volume énorme. Il occupait à peu près tout le ventre; son bord colique n'était séparé du pubis que par un espace de deux pouces. Le grand cul-

de-sac adhérait par des brides celluleuses anciennes aux parois abdominales. Il contenait un litre environ d'un liquide grisâtre. Sa membrane muqueuse était partout pâle et d'une bonne consistance. Au-dessous d'elle, le tissu cellulaire était remarquable par sa grande épaisseur ; et la tunique musculaire était notablement hypertrophiée. Ainsi, la dilatation de l'estomac n'avait pas été purement passive. Vers le grand cul-de-sac, on observait un singulier froncement de ses tuniques : les faisceaux de la membrane musculaire aboutissaient comme autant de rayons à un point blanc et épais, au-dessus duquel la membrane muqueuse était comme froncée. Cette altération ressemblait à la cicatrice d'une ancienne ulcération.

Dans le duodénum, à deux pouces au-delà du pylore, existait une végétation cancéreuse qui faisait, comme un anneau, tout le tour de l'intestin; c'était comme un second pylore qui ne laissait plus aux matières qu'un très-étroit passage. Le canal cholédoque, considérablement dilaté, s'ouvrait dans cette masse cancéreuse.

Dans le jéjunum et dans l'iléum, on observait une teinte ardoisée générale de la membrane muqueuse.

La fin de l'iléum et le gros intestin étaient remplis par une matière d'un gris noirâtre semblable à de l'argile. Des rides rougeâtres apparaissaient à la surface interne du colon.

Le tissu du foie était ferme et d'un rouge vif; la rate petite et dense.

Le rein gauche contenait quelques petits calculs noirs logés dans des kystes creusés au sein de la substance corticale; autour d'eux, on trouvait une matière également noire, mais molle. Deux autres petits calculs existaient dans un des calices.

Rien de remarquable dans les autres organes.

VIIe OBSERVATION.

Dilatation très-considérable de l'estomac, dont le bord colique touche le pubis, sans autre altération de ses parois qu'un peu de ramollissement de la muqueuse vers le grand cul-de-sac.

Une femme, âgée de 23 ans, institutrice, avait toujours joui d'une bonne santé. Par suite de revers de fortune, elle quitta la province pour venir avec sa famille habiter Paris, où elle se livra à l'enseignement dans un pensionnat. Sa santé ne tarda pas à s'y altérer sensiblement; son appétit diminua, ses digestions devinrent difficiles, et, vers le mois de février 1821, après avoir éprouvé une vive frayeur dont une syncope assez prolongée fut le résultat, elle commença à vomir de temps en temps, soit ses aliments, soit ses boissons. Elle ne les rejetait ordinairement que plusieurs heures après leur ingestion; cependant elle maigrissait et s'affaiblissait lentement.

Des sangsues furent appliquées sur l'épigastre ; de la magnésie et divers antispasmodiques furent donnés tour à tour. A compter du mois de décembre 1821, les vomissements devinrent plus fréquents, les forces diminuèrent rapidement, les règles se supprimèrent. La malade interrompit dès lors ses occupations. Entrée à l'hôpital de la Charité, le 15 février 1822, elle offrit l'état suivant :

Dernier degré du marasme, teint décoloré, vomissement des aliments solides et liquides plus ou moins immédiatement après leur introduction dans l'estomac ; légère douleur à l'épigastre, qui est souple, et n'offre, non plus que le reste de l'abdomen, aucune tumeur sensible; aspect de la langue naturel, constipation habituelle, pouls très-faible et légèrement fréquent, peau sèche et sans chaleur, respiration libre.

Cette malade ne présenta, jusqu'au commencement du mois de mars, aucun nouveau symptôme. Les boissons adoucissantes qui lui étaient données étaient toutes rejetées; à

plus forte raison ne pouvait-elle pas garder les aliments légers qu'on lui accordait de temps en temps. Le 12 mars, le pouls s'accéléra, la langue se sécha, et la mort survint le 14 mars.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Un peu de sérosité existait dans chaque ventricule latéral.

Poitrine. Quelques brides eelluleuses longues et denses, réunissaient les plèvres costale et pulmonaire. Le cœur n'offrait rien de notable.

Abdomen. L'estomac, très-dilaté, recouvrait la plus grande partie des viseères abdominaux, et ne laissait voir que quelques eirconvolutions de l'intestin grêle dans l'un et l'autre flanc; son bord eolique touchait le pubis; c'était surtout le grand cul-de-sae qui avait subi la plus grande dilatation. La cavité de l'estomac était remplie d'un liquide jaune verdâtre; sa surface interne présentait une teinte légèrement rosée, marbrée dans quelques points ; du eôté de la rate, elle était plus blanche ; là aussi, dans une étendue grande comme la paume de la main, la muqueuse très-molle s'enlevait en bouillie par un léger grattage; partout ailleurs sa consistance était ordinaire. Les parois de l'estomae étaient en général minces et facilement déchirables; la couche musculaire était remarquable par sa grande ténuité. Les intestins grêles, très-rétrécis, semblables à des intestins de ehien, étaient presque en totalité logés dans l'excavation du petit bassin; leur surface interne était pâle. Le eœcum n'offrait rien de particulier. Le colon ascendant occupait sa place ordinaire. Le eolon transverse avait suivi la grande courbure de l'estomae, et se trouvait plaeé derrière elle; sa surfaee interne présentait, dans une étendue de quatre travers de doigt environ, une couleur d'un rouge violacé qui résidait dans la membrane muqueuse un peu épaissie. Quelques plaques rouges de même nature s'observaient dans le eolon descendant; partout cet intestin était fortement resserré. L'S iliaque du colon et le rectum, qui n'offraient aucune altération, étaient remplis de matières assez dures. Ainsi il n'y avait pas de diarrhée, bien que plusieurs portions du gros intestin fussent manifestement enflammées.

Le foie, très-développé, se prolongeait à gauche jusque sur la rate ; il refoulait le diaphragme jusqu'à la cinquième eôte. En bas il dépassait un peu le rebord des fausses eôtes ; son tissu était sain.

Lorsque l'obstacle au eours des matières existe en un autre point de l'intestin, on voit également se dilater plus ou moins les portions du tube digestif situées au-dessus de l'endroit rétréei. On en verra des exemples dans les deux observations suivantes, que nous avons cru devoir eiter avec détail en raison de l'intérêt qu'elles offrent aussi sous d'autres rapports.

VIIIe OBSERVATION.

Double dégénération squirrheuse des parois de l'estomac et du eolon. Symptômes d'étranglement intestinal. Dilatation considérable de la portion du gros intestin située au-dessus du rétréeissement. Dépression d'un des hémisphères cérébraux par une tumeur fibreuse.

Une femme, âgée de 48 ans, entra à la Charité le 6 oetobre 1822.

Sa santé avait commencé à se déranger depuis un an environ. Ses digestions étaient souvent pénibles, bien qu'elle ne vomît pas ; elle éprouvait fréquemment le dégoût le plus complet pour toute espèce d'aliment ; depuis le même temps à peu près elle n'allait

plus à la selle qu'à l'aide de lavements. Elle avait perdu peu à peu son embonpoint et ses forces.

Cependant cette femme, qui gagnait sa vie en faisant des ménages, ne discontinua pas ses occupations habituelles. Mais, vers le 20 septembre, son ventre devint douloureux et commença à se ballonner ; le jour suivant il survint une constipation que les lavements ne purent vaincre ; ceux-ci étaient rendus immédiatement après avoir été pris, et n'entraînaient avec eux aucune matière.

Le gonflement toujours croissant de l'abdomen effraya la malade et la détermina à entrer à l'hôpital.

Lorsque nous la vîmes pour la première fois, sa face était pâle, grippée. Elle accusait des douleurs abdominales générales, plus vives dans le flanc droit, et que la pression exaspérait. L'abdomen, prodigieusement distendu, résonnait comme un tambour lorsqu'on le percutait. La malade avait commencé à vomir pour la première fois dans la nuit. L'aspect de la langue était naturel; beaucoup de gaz étaient rendus par la bouche, aucun ne sortait par l'anus. Il n'y avait point eu de selle depuis sept à huit jours. La respiration était courte, accélérée ; la parole haletante, le pouls petit et fréquent, la peau sans chaleur.

Le ballonnement du ventre, l'absence complète d'évacuations alvines, les vomissements parurent indiquer, à M. Lerminier l'existence d'un étranglement interne, ou tout au moins d'un obstacle quelconque apporté au cours des matières vers la fin du gros intestin. L'abdomen fut couvert de fomentations émollientes, et d'embrocations d'huile de camomille camphrée; potion d'huile d'amandes douces; tisane de lin ; lavement avec trois onces d'huile de ricin ; bains tièdes.

Dans la journée, vomissements de la potion et des tisanes, expulsion des lavements aussitôt qu'ils étaient pris ; pas de selle. Les trois jours suivants, persistance de ces symptômes ; augmentation du ballonnement du ventre ; gêne de plus en plus considérable de la respiration. *Lavements purgatifs avec le séné et le sulfate de soude.* Dans la matinée du 11 septembre, face violacée ; décomposition des traits, suffocation imminente ; refroidissement des extrémités; pouls filiforme; netteté parfaite de l'intelligence; langue naturelle ; vomissements de matières jaunes et acides une grande partie de la nuit. *Lavement composé d'une infusion de deux gros de feuilles de tabac; bain tiède.* Ce lavement ne fut pas suivi de plus d'évacuation que les autres. Dans la journée, la dyspnée devint de plus en plus grande : vers quatre heures du soir, au moment où la malade descendait de son lit pour se mettre dans le bain, elle expira subitement.

OUVERTURE DU CADAVRE.

17 *heures après la mort.*

La partie moyenne de la face supérieure de l'hémisphère cérébral gauche présentait une dépression profonde dans laquelle était reçue une tumeur arrondie du volume d'une noix, présentant tous les caractères du tissu fibreux accidentel, et développée entre la dure-mère et l'arachnoïde. La substance cérébrale qui formait les parois de cette sorte de cavité était saine : rien de remarquable n'existait dans le reste de l'encéphale.

Thorax. Un sang noir, demi-liquide, distendait les cavités droites du cœur ; les poumons était engoués et brunâtres ; la capacité de la poitrine se trouvait singulièrement rétrécie ; la face supérieure du diaphragme était élevée au niveau de la quatrième côte.

Abdomen. Aucun gaz ne s'échappa de la cavité péritonéale.

Le gros intestin présentait un volume énorme : il cachait presque en totalité le reste des viscères; on eût dit du gros intestin d'un cheval.

Cette prodigieuse dilatation se montrait jusqu'à la fin de l'S iliaque du colon ; là l'intestin se rétrécissait tout à coup, et conservait un petit calibre jusqu'à l'anus. Le petit doigt, introduit dans l'endroit où commençait le rétrécissement, le franchissait avec peine; deux pouces plus bas l'intestin reprenait sa capacité ordinaire. On ne tarda pas à reconnaître que cet obstacle au libre passage du doigt était dû à la présence d'une tumeur fongueuse, qui occupait, comme un anneau, tout le tour de l'intestin; ses bords étaient relevés comme ceux de certains champignons ; la dégénération cérébriforme de la muqueuse et du tissu cellulaire qui lui est subjacent lui avait donné naissance. Au-dessous d'elle l'intestin était blanc et vide. Au-dessus, il contenait une prodigieuse quantité de gaz et de matières verdâtres liquides. La membrane muqueuse présentait dans toute l'étendue du gros intestin une injection légère.

L'on ne voyait dans l'intestin grêle que de l'injection sous-muqueuse en rapport avec le genre de mort.

Mais nous ne fûmes pas peu étonnés de retrouver sur la face postérieure de l'estomac, à égale distance à peu près du cardia et du pylore, un second cancer tout à fait semblable à celui de l'intestin. Il était un peu plus large qu'une pièce de cinq francs. La muqueuse du reste de l'estomac était saine.

Cinq ou six petits corps arrondis, ayant chacun le volume d'une noisette, de consistance pierreuse, formaient comme autant d'appendices autour du corps de l'utérus auquel ils tenaient par un prolongement celluleux.

Le ballonnement du ventre, une constipation plus ou moins opiniâtre ne sont pas sans doute des phénomènes rares chez les individus dont le colon ou le rectum sont cancéreux. Il existèrent longtemps chez la malade qui fait le sujet de cette observation. Mais il est, je crois, infiniment rare de voir ces accidents acquérir tout à coup un degré d'intensité tel qu'ils simulent ceux d'une hernie étranglée. On ne peut s'en rendre compte qu'en admettant que la tumeur, après n'avoir fait longtemps que d'insensibles progrès, a suivi tout à coup une sorte de marche aiguë dans son développement ; tous les phénomènes observés chez notre malade s'expliquent ainsi parfaitement. La mort fut le résultat de la gêne toujours croissante de la respiration. En considérant combien peu d'air pouvaient encore recevoir les poumons dans les derniers temps, on ne s'étonnera pas qu'un léger mouvement, en accélérant la circulation, ait suffi pour achever l'asphyxie. La quantité plus considérable de sang qui, dans ce moment, afflua au poumon, ne se trouvant plus en rapport avec la quantité d'air qui pouvait y pénétrer, une asphyxie soudaine dut résulter de cette disproportion.

La douleur la plus vive que la malade rapportait au flanc droit semblait indiquer que là aussi existait l'obstacle ou l'étranglement présumé. S'il eût été possible de savoir que la lésion se trouvait située aussi près du rectum, on aurait pu tenter avec avantage l'introduction d'une sonde.

Portons maintenant notre attention sur les autres lésions que nous découvrit l'autopsie cadavérique. Nous trouvons d'abord l'exemple d'un cancer ulcéré de l'estomac, qui n'annonçait son existence que par un peu de gêne dans la digestion et de fréquents retours d'anorexie; la nature occulte de ce cancer est en rapport avec son siége.

Comment une tumeur aussi volumineuse que celle dont les méninges étaient le siége, qui avait fortement déprimé le cerveau, ne révélait-elle son existence par aucun symptôme tranché? Nous trouverons peut-être la cause de cette absence de symptômes et dans la lenteur avec laquelle elle se développa, et dans la partie du cerveau qui se trouvait comprimée par elle.

Un cas assez semblable au précédent sous le rapport de la lésion de l'intestin et des symptômes qui en résultèrent a été rapporté par le docteur Baillie (*Médical Transact.*,

vol. Ier). Un homme âgé de trente ans n'alla pas une fois à la selle pendant les cinq derniers mois de sa vie. Le ventre avait acquis un volume énorme. Aucun gaz ne sortait par le rectum. L'appétit se conserva intact, mais des vomissements fréquents avaient lieu ; le pouls était habituellement fréquent. Cet individu tomba dans le marasme et succomba. On trouva les intestins grêles et gros très-distendus ; le gros intestin présentait six pouces de diamètre en largeur. On ne trouva d'autre lésion qu'un rétrécissement très-prononcé de l'S iliaque, et à son intérieur une ulcération qui en occupait tout le pourtour, à bords saillants et boursouflés. Tous les autres viscères étaient sains.

IXe OBSERVATION.

Symtômes de fièvre typhoïde ; tout à coup signes d'étranglement interne, et mort. Entortillement de l'intestin autour du mésentère vers le commencement du jéjunum. Dilatation remarquable du duodénum.

Un bottier, âgé de 27 ans, d'une forte constitution, éprouve fréquemment, depuis sa plus tendre enfance, des douleurs abdominales ; il a souvent de la diarrhée et des vomissements bilieux.

Le 29 juin 1822, après avoir fait dans la journée une grande course et s'être refroidi, il fut pris dans la soirée d'un dévoiement abondant, qui continua les jours suivants. Le 6 juillet, chaleur inaccoutumée, sueur le soir, persistance de ces symptômes et de la diarrhée jusqu'au 9 juillet. Entré alors à la Charité, le malade offrit l'état suivant :

Air de stupeur, douleur sous-orbitaire, face pâle, yeux appesantis, langue couverte d'un enduit blanchâtre, épais; soif, anorexie, bouche mauvaise; dix selles depuis vingt-quatre heures, semblables à de l'eau colorée en jaune; ventre souple, indolent, pouls de fréquence médiocre, peau fraîche. (*Tisane d'orge avec le sirop tartareux*, *lavement de lin.*)

Les trois jours suivants, la prostration fit des progrès ; le pouls, à peine fréquent le matin et dans la journée, s'accélérait un peu le soir ; en même temps la température de la peau s'élevait; le dévoiement ne diminua ni n'augmenta. (*Même prescription.*)

Le 13, la langue se sécha, la fréquence du pouls augmenta ; des taches nombreuses d'un rose pâle, de la largeur d'une lentille, faisant au-dessus du niveau de la peau une saillie légère, sensible seulement au toucher, apparurent sur la partie antérieure du thorax.

Le 14, elles s'étaient propagées à l'abdomen. Le dévoiement avait notablement diminué (trois selles). L'apyrexie était presque complète ; mais la langue conservait sa sécheresse; les dents commençaient à s'encroûter; la prostration était portée à un haut degré ; la peau de la face prenait cette teinte terreuse qui accompagne et caractérise l'état adynamique. (*Vésicatoires aux jambes.*)

15 et 16. Même état. (*Tisanes adoucissantes*, *lavements émollients.*)

17. Délire, la nuit. Les vésicatoires des jambes étaient secs ; l'on en appliqua un nouveau à une cuisse.

Le 18, il y eut encore du délire dans la soirée. Dans la matinée du 19, nous trouvâmes le malade mieux que les jours précédents. La langue s'était humectée et était d'une bonne couleur. Deux selles seulement avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures. L'intelligence du malade était nette. Les forces paraissaient relevées ; la température de la peau était naturelle; le pouls ne battait que soixante-cinq fois par minute.

A peine venions-nous de laisser le malade dans cet état satisfaisant, qu'il fut pris tout à coup d'une douleur abdominale assez vive pour lui arracher des cris ; il en

rapportait principalement le siége aux environs de l'ombilic; la pression ne l'exaspérait ni ne la calmait. Cette douleur durait déjà depuis une heure, lorsque nous revîmes le malade. Les traits de la face avaient subi une altération remarquable ; ils exprimaient l'anxiété la plus vive ; cependant le pouls ne s'était point accéléré. Une demi-heure après, vers dix heures, la douleur durait encore, lorsque le malade vomit spontanément près d'une pinte de bile porracée; il fut instantanément soulagé. Vers midi, la douleur abdominale se renouvela avec une grande violence. A quatre heures, un second vomissement eut lieu, semblable au premier sous le rapport de la quantité et de la nature du liquide ; comme à la suite du premier vomissement, la douleur disparut. Dans la soirée, nous trouvâmes le malade calme, ne souffrant pas, et tout à fait sans fièvre. Il avait été trois fois à la selle depuis le matin ; la nuit, il eut un peu de délire.

Dans la matinée du 20, il ne souffrait pas, mais il était profondément découragé ; la stupeur était portée au plus haut degré ; les taches s'effaçaient, elles étaient pâles, moins nombreuses, et ne faisaient plus saillie au-dessus de la peau. La langue était rouge à la pointe, collante ; le pouls conservait sa lenteur et la peau sa fraîcheur. (*Infusion de quinquina avec le sirop tartareux. Potion gommeuse avec demi-once d'extrait de quinquina : une tasse de vin. Fomentations aromatiques sur le ventre; lavement de lin. Eau de riz pour boisson.*)

A deux heures de l'après-midi, réapparition de la douleur abdominale; à six heures, vomissement d'une grande quantité de bile verte ; soulagement. A huit heures du soir, la douleur reparut, mais plus modérée : la peau était moite et froide; le pouls, très-petit, était devenu fréquent. A neuf heures, bien que la température de la peau ne fût pas élevée, le malade se plaignait de ressentir partout une chaleur insupportable, il jetait loin de lui ses couvertures. Depuis le matin, il n'avait eu qu'une selle après le lavement : la nuit, il ne délira pas.

Le 21, à sept heures du matin, le ventre était généralement douloureux à la pression, surtout un peu au-dessus de l'ombilic; le pouls, très-petit, battait à peine soixante fois par minute. On n'apercevait plus que quelques taches pâles, éparses sur l'abdomen. Tout à coup une douleur vive se manifesta, mais elle ne dura que quelques minutes. A huit heures, la douleur s'exaspéra de nouveau ; elle cessa ou du moins diminua à la suite d'un vomissement abondant de bile verte ; deux pintes au moins furent chassées en une seule fois de l'estomac. Le quinquina fut supprimé. (*Petit-lait tamariné, tisane d'orge, lavement émollient, fomentations aromatiques; deux vésicatoires aux jambes.*

Pendant la journée, la douleur et les vomissements se renouvelèrent plusieurs fois.

La nuit, le malade délira. Dans la matinée du 22, la voix était éteinte, l'accablement extrême, la face pâle et cadavéreuse. La langue, humide, était colorée par de la bile. Le ventre n'était point tendu. Nous le touchâmes, sans causer d'abord aucune sensation pénible ; mais à peine l'eûmes-nous un peu plus fortement pressé, qu'une vive douleur se manifesta. Le nez, les mains et les pieds étaient froids. Plusieurs vomissements dans la journée; deux selles. (*Vésicatoire sur l'épygastre, eau de Seltz; potion antiémétique de Rivière.*)

Le 23, toute la surface de la peau était froide. Vomissements.

Le 24, le pouls, filiforme, se sentait à peine. Le froid de la mort glaçait déjà la peau ; cependant le malade jouissait encore de toute la netteté de son intelligence; il conservait encore assez de force pour se soulever et se tenir sur son coude. La veille au soir, il s'était levé pour aller à la selle ; il ne ressentait plus de douleur abdominale depuis douze à quinze heures. Il avait eu la nuit du hoquet. Il succomba dans la soirée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

48 heures après la mort.

Les muscles étaient poisseux; la surface extérieure du corps n'était guère plus froide que pendant les vingt-quatre dernières heures de la vie.

Le cerveau et ses enveloppes étaient sains ; un peu de sérosité limpide existait dans la partie inférieure des ventricules latéraux.

Le cœur et les poumons ne présentèrent rien de remarquable.

Abdomen. L'estomac, distendu par une grande quantité de bile verte, touchait l'ombilic par sa grande courbure; la membrane muqueuse, d'un gris ardoisé dans la portion splénique, rosée dans la portion pylorique, présentait partout une assez grande mollesse; mais n'avait-elle pas été soumise à une sorte de macération par le liquide abondant qui était en contact avec elle depuis plus de quarante heures (1)?

Le duodénum, dans ses trois portions, avait acquis une telle capacité qu'on pouvait facilement y introduire le poing. Le jéjunum, à son origine, roulé et contourné plusieurs fois sur lui-même, était embrassé par le mésentère qui le serrait fortement à l'instar d'une corde, et à son tour, il comprimait aussi le mésentère : celui-ci était contourné, comme l'intestin, plusieurs fois sur lui-même de droite à gauche; en lui faisant faire trois tours de gauche à droite, en faisant cesser l'étranglement mutuel de cette membrane et des anses intestinales. L'artère et la veine mésentériques supérieures représentaient un cordon fortement tendu, auquel semblaient comme suspendus les parties étranglées; plus bas, ces vaisseaux étaient compris dans l'étranglement : aussi tout le reste de l'intestin grêle, nourri par eux, offrait-il une couleur brune très-foncée, résultat de la stase mécanique du sang veineux dans ses parois; celles-ci d'ailleurs conservaient encore leur consistance ordinaire : les parois du gros intestin étaient blanches.

Au-dessous des parties étranglées existait une tumeur, du volume d'un œuf d'autruche environ, d'une couleur rouge brunâtre, formée par des ganglions lymphatiques et du tissu cellulaire sous-péritonéal considérablement engorgés.

La muqueuse de l'intestin grêle, d'un beau noir de jais, présentait une infinité de granulations miliaires; l'on en rencontrait aussi, mais moins nombreuses, dans la muqueuse du gros intestin.

Le foie, du volume ordinaire, était facilement déchirable; la vésicule du fiel contenait une petite quantité de bile jaune.

Les autres viscères ne présentèrent rien de remarquable.

Lorsque le malade, qui fait le sujet de l'observation précédente, entra à la Charité, il ne présentait rien autre chose que les symptômes

---

(1) Les expériences pleines d'intérêt du docteur Carswel, sur les causes toutes physiques d'un certain nombre de ramollissements de l'estomac; donnent un grand poids à cette manière de voir. J'ai cru, en conséquence, devoir laisser cette phrase telle que je l'avais imprimée en 1822. (*Nouveau Journal de Médecine*, tom. xv.)

ordinaires d'une fièvre continue; mais chose remarquable! tandis que la prostration, la stupeur, la sécheresse de la langue, le délire qui revenait chaque nuit, l'éruption typhoïde, annonçaient une maladie grave, la circulation se conservait dans son état naturel, deux ou trois fois seulement, nous trouvâmes le pouls un peu fréquent et la peau un peu chaude. Les anciens avaient noté cette rareté du pouls, dans les fièvres malignes, et ils la regardaient comme du plus fâcheux augure (1).

Cependant la plupart des symptômes graves avaient disparu, et un pronostic favorable pouvait être porté, lorsque les symptômes d'un étranglement des intestins se manifestèrent. Nous avons noté avec soin, dans le cours de l'observation, les singulières intermittences de la douleur abdominale, sa diminution à la suite de chaque vomissement. Nous avons remarqué le froid presque cadavérique de toute l'étendue de la peau, plus de vingt-quatre heures avant la mort, à une époque où le malade conservait encore assez de force pour pouvoir se lever et quitter son lit.

La conservation de la souplesse du ventre, le caractère de la douleur que la pression n'augmentait pas, distinguaient les symptômes de cet étranglement de ceux d'une péritonite.

Nous n'essayerons point d'expliquer comment ont pu se former ces nœuds étranges et presque inexplicables de l'intestin grêle autour du mésentère, d'où résultait leur compression mutuelle; à peine peut-on se rendre un compte satisfaisant des simples intus-susceptions intestinales; mais nous demanderons si le malade ne portait pas une disposition congénitale à l'étranglement auquel il succomba. De là peut-être les douleurs abdominales fréquentes, les vomissements auxquels il était sujet depuis son enfance. N'est-ce pas à la présence d'un obstacle imparfait au cours des matières, existant déjà depuis longtemps, qu'était dû le volume énorme du duodénum? Cet intestin aurait-il pu acquérir en quelques jours des dimensions aussi considérables? Cela nous paraît d'autant moins probable, que ses valvules n'étaient pas même effacées. La bile s'y amassait comme dans un vaste réservoir, puis elle passait dans l'estomac, d'où le vomissement l'expulsait.

---

(1) Voyez le volume précédent.

ARTICLE II.

SYMPTÔMES DE LA GASTRITE CHRONIQUE.

Ces symptômes sont de trois sortes : les uns sont purement locaux, et consistent dans un trouble plus ou moins profond des fonctions de l'estomac ; les autres résultent de l'altération du mouvement nutritif général, altération qui est la conséquence nécessaire de l'affection gastrique ; d'autres enfin sont purement sympathiques.

Ici se présente une importante question à discuter : les lésions infiniment variées que nous avons décrites dans les deux articles précédents sont-elles chacune annoncées par des symptômes spéciaux? Nous ne craignons pas de répondre négativement. A l'exception de quelques accidents, qui sont le résultat tout mécanique de l'oblitération du cardia ou du pylore par une tumeur, les mêmes phénomènes révèlent le plus ordinairement pendant la vie ces altérations organiques de forme et de structure si différentes.

Ainsi, par exemple, c'est une grande erreur de croire que les douleurs dites lancinantes accompagnent plus particulièrement la lésion désignée sous le nom de cancer d'estomac. Loin de là, nous croyons pouvoir déduire d'un grand nombre d'observations que de pareilles douleurs ne sont que bien rarement le produit de cette affection. Aussi l'existence de douleurs lancinantes est-elle une des circonstances que nous avons eu soin de faire ressortir chez l'individu qui fait le sujet de l'observation IV. Il nous paraît bien probable que les auteurs qui ont donné ces douleurs comme un signe caractéristique du cancer d'estomac ne les ont admises que par analogie avec ce qu'ils observaient dans les cancers mammaires. Parmi les individus chez lesquels nous avons constaté, après la mort, l'existence des différentes formes du cancer gastrique, soit induration squirrheuse ou encéphaloïde des tissus subjacents à la muqueuse, soit végétations fongueuses, cérébriformes de cette membrane, soit ulcérations avec destruction profonde des tissus, et fond constitué par le foie ou le pancréas; parmi ces individus, disons-nous, les uns n'ont jamais accusé de douleur à l'épigastre; chez d'autres, elle ne consistait que dans un sentiment de gêne et de pesanteur habituelle vers cette région ; ailleurs, la pression seule la faisait naître, tandis que, d'autres fois, l'épigastre pouvait être impunément comprimé. Chez plusieurs ma-

lades, la douleur ne naissait que lorsque des aliments avaient été introduits dans l'estomac.

Que si maintenant nous comparons les malades atteints d'affections dites cancéreuses de l'estomac avec ceux qui n'avaient que ce que l'on reconnaît être généralement une gastrite chronique, nous ne trouverons dans les caractères et dans l'intensité de la douleur aucun signe à l'aide duquel nous puissions distinguer d'une manière certaine cette dernière affection de la première.

Chercherons-nous des signes différentiels plus sûrs dans les troubles variés de la digestion? Nous ne trouverons rien de plus satisfaisant. Ainsi, pour citer les deux cas extrêmes, nous avons vu des individus qui n'avaient eu, pendant la vie, d'autre signe d'affection de l'estomac que de l'anorexie, et tout au plus un peu de gêne, un peu d'embarras à l'épigastre après avoir mangé, et chez lesquels nous avons trouvé de vastes ulcérations dites cancéreuses à l'intérieur de l'estomac, ou bien une induration squirrheuse étendue de ses parois. Nous avons vu, au contraire, d'autres individus qui éprouvaient à l'épigastre une sensation beaucoup plus pénible après avoir mangé, qui vomissaient, soit des eaux âcres le matin et à différentes époques de la journée, soit leurs aliments, qui avaient de fréquentes éructations acides; et, chez eux, cependant, que trouvions-nous? Rien autre chose qu'un épaississement rouge, brun ou ardoisé, de la muqueuse, ou bien un ramollissement plus ou moins considérable de cette même membrane.

La nature des vomissements pourra-t-elle davantage nous éclairer? On a dit que l'hématémèse était exclusivement liée à l'existence de végétations fongueuses, d'ulcères cancéreux, de masses encéphaloïdes ramollies, développées à l'intérieur de l'estomac. On a dit que ces mêmes lésions produisaient aussi ces vomissements, semblables à de la suie ou à du marc de café, qu'on observe assez fréquemment, et en très-grande abondance, chez les individus atteints d'affection chronique de l'estomac. (*Voyez* plus haut quelques détails sur la nature des matières qui constituent ces remarquables vomissements.) Nul doute qu'ils n'aient lieu fréquemment, lorsque l'estomac est le siége d'une des lésions qui viennent d'être indiquées; mais ils peuvent se montrer avec des altérations bien différentes, et, dès lors, ils n'ont plus de valeur pour en caractériser aucune. Nous en avons effectivement constaté l'existence, 1° chez des malades dont l'estomac ne nous présenta, dans la muqueuse, d'autre altération qu'un peu d'injection ou de ramollissement, avec in-

duration squirrheuse plus ou moins considérable des tissus subjacents; 2° chez d'autres, dont la membrane muqueuse gastrique était hypertrophiée, avec coloration grise ou brunâtre, les tissus subjacents étant intacts.

Quant aux symptômes généraux, soit sympathiques, soit résultant du trouble de la chymification ou de son anéantissement, ils ne nous semblent pas plus propres que les symptômes locaux à distinguer avec certitude les unes des autres les diverses altérations organiques de l'estomac. Il faut toutefois reconnaître que la teinte jaune-paille de la face, la maigreur, le dépérissement, sont surtout très-prononcés dans le cas où l'estomac est le siége d'une affection squirrheuse ou cancéreuse proprement dite.

Il suit de ces considérations que, hors le cas où une tumeur se fait sentir à travers les parois abdominales, il n'existe aucun signe certain pour distinguer ce qu'on appelle, dans le langage médical ordinaire, un cancer d'estomac de ce qu'on appelle une gastrite chronique.

Ainsi, par leurs symptômes, comme par leurs caractères anatomiques, les différentes formes de la gastrite chronique tendent sans cesse à se confondre.

Tout cela posé, arrêtons-nous sur quelques-uns des symptômes qui accompagnent l'inflammation chronique de l'estomac, et qui en annoncent plus ou moins sûrement l'existence.

La langue, dans cette maladie, est loin de présenter toujours le même aspect. D'abord, il est un certain nombre de cas dans lesquels elle ne s'éloigne en aucune façon de son état normal; et, chose remarquable, il en est précisément ainsi dans les cas où l'estomac est devenu le siége des altérations organiques les plus graves.

C'est surtout, en effet, dans les cas de dégénération cancéreuse de l'estomac, que nous avons eu occasion de bien constater cette persistance de la langue à son état normal; souvent même, en pareil cas, elle est remarquable par sa grande pâleur.

Hors ce cas, il est fort rare que, dans la gastrite chronique, la langue ne soit pas plus ou moins modifiée.

Il est rare qu'elle offre dans toute son étendue cette rougeur vive avec aspect lisse de sa surface que nous avons vue plus haut coïncider souvent avec la gastrite aiguë. Nous avons cependant observé quelques individus qui, pendant plusieurs mois de suite, nous ont présenté un pareil état de la langue; ils offraient d'ailleurs tous les autres signes qui

caractérisent la gastrite chronique. Mais ce seul aspect de la langue ne devrait pas suffire pour nous en faire admettre l'existence ; de temps en temps, en effet, on rencontre des individus qui, sans éprouver aucun désordre dans leurs fonctions digestives, ont, comme les précédents, une langue rouge et lisse. La surface supérieure de cet organe est en même temps chez eux le siége d'une vive sensibilité. Ils ont d'abord éprouvé de la douleur à la langue ; puis l'épithélium qui la recouvre s'est détaché, et la langue a pris alors cet aspect rouge et lisse, et l'a conservé très-longtemps. C'est là tout simplement une glossite superficielle, qui peut exister sans aucune complication de gastrite. La vive sensibilité, dont nous venons de parler, n'a pas lieu ordinairement, lorsque la rougeur de la langue est liée à une irritation de l'estomac.

Il est très-commun de trouver, chez les individus atteints de gastrite chronique, la langue ouverte d'un enduit épais, soit blanc, soit jaune, tantôt borné à son centre, tantôt en couvrant toute la surface. On n'observe parfois autre chose que cet enduit, et alors l'aspect de la langue est semblable à celui qu'elle présente dans les cas où l'affection de l'estomac n'est plus une gastrite, et cède à des moyens qui eussent exaspéré infailliblement celle-ci, si elle avait existé. Mais, le plus souvent, lorsqu'il y a véritablement gastrite, l'enduit qui recouvre la langue n'est pas uniforme ; il est comme marqueté d'un grand nombre de points rouges qui indiquent quel est, au-dessous de lui, l'état de la membrane muqueuse, et qui deviennent plus saillants et plus nombreux vers la pointe de l'organe.

Il est d'autres individus, également atteints de gastrite chronique, chez lesquels un examen peu attentif ne montre d'abord rien d'insolite à la face supérieure de la langue. Mais, en y regardant de plus près, on trouve que vers sa pointe elle est comme hérissée d'un grand nombre de petites granulations rouges, qui paraissent être autant de papilles plus développées et plus injectées que dans leur état normal. Ces granulations ne restent pas toujours au même état : il y a des temps où elles sont très-saillantes, très-rouges et très-nombreuses ; il y en a d'autres où elles sont moins apparentes, plus pâles, et plus rares. Leur développement est toujours en raison directe de l'intensité de l'irritation gastrique. Parmi les personnes qui offrent cet état particulier de la langue, les unes ont un estomac habituellement malade, les autres ont plutôt ce qu'on appelle un estomac délicat ou susceptible ; elles sont obligées de s'astreindre à un régime ; elles ne pourraient pas se permettre, sans in-

convénient, le moindre excès d'aliments ou de boisson. Cet état de la langue nous a paru plus commun dans les irritations gastriques des jeunes gens, que dans celles des personnes plus avancées en âge. Il s'observe souvent chez des jeunes filles à teint pâle, à constitution débile, et qui souffrent habituellement de l'estomac ; son existence doit empêcher de regarder et de traiter comme purement nerveux les accidents qu'elles éprouvent du côté des organes de la digestion. Nous avons connu plusieurs familles dans lesquelles tous les enfants présentaient vers la pointe de la langue ce développement insolite des papilles; chez tous, il y avait en même temps d'autres signes d'irritation gastrique. Dans une de ces familles, la mère et ses quatre filles présentaient cet aspect particulier de la langue, et elles avaient toutes cinq un estomac fort délicat.

Ce n'est guère que dans la gastrite aiguë que la langue se sèche d'une manière remarquable ; dans quelques cas cependant de gastrite chronique, elle n'a plus son humidité normale; elle est comme collante, et dans les cas même où elle est humide pendant la journée, il n'est pas rare de la trouver sèche au réveil; c'est ce qu'expriment les malades en disant que le matin ils ont la langue comme une rape; tantôt cet état leur est habituel, tantôt il ne se montre que lorsque leur irritation gastrique vient à s'exaspérer.

Il y a des temps où la gastrite chronique devient tout à coup plus aiguë; alors la langue prend une teinte plus rouge, ou bien elle se couvre d'un enduit blanc épais que parsèment un grand nombre de points rouges. Quelquefois enfin, surtout lorsque l'accroissement de l'irritation survient à une époque où toute l'économie est déjà profondément débilitée par les progrès lents de l'affection chronique, on voit survenir une diphtérite qui s'empare de la langue et de tout l'intérieur de la bouche. Bien que, dans le plus grand nombre des cas, cette complication soit le présage d'une terminaison promptement funeste, nous avons vu cependant quelquefois la langue et la bouche se débarrasser peu à peu de la couche pultacée qui les recouvrait, et l'irritation gastrique, devenue moins aiguë, reprendre sa marche première.

Les liens sympathiques qui unissent la bouche à l'estomac, se traduisent parfois encore par d'autres phénomènes. Ainsi, chez un assez grand nombre de personnes, qui souffrent habituellement de l'estomac, chaque exaspération de l'irritation gastrique est constamment annoncée par une éruption d'aphthes. Chez d'autres, les glandes sali-

vaires deviennent douloureuses, se tuméfient, et un ptyalisme abondant s'établit. Cet accident est rarement permanent, et le plus souvent il ne se montre que d'une manière intermittente, chaque fois que l'irritation gastrique devient plus intense.

Le sentiment de la soif et celui de la faim présentent de nombreuses modifications dans la gastrite chronique.

La soif est souvent nulle. Chez beaucoup d'individus, elle ne devient vive que par intervalles, lorsque l'inflammation de l'estomac passe à un état plus aigu. D'autres individus sont au contraire habituellement tourmentés par une soif qui les oblige de boire souvent entre les repas. Cette soif habituelle se lie ordinairement à un degré assez intense d'irritation gastrique. Nous connaissons une dame, actuellement âgée de quarante-quatre ans, qui, atteinte d'une irritation chronique de l'estomac depuis plus de vingt ans, n'a pas passé un seul jour depuis ce temps sans être tourmentée par une soif qui est pour elle l'accident le plus pénible de sa maladie.

Chez quelques individus, ce sentiment de la soif est tellement intense, qu'ils avalent chaque jour une quantité prodigieuse de boisson. Cette polydypsie entraîne à sa suite un flux très-abondant d'urine, un diabétès tout secondaire, que l'on guérit en faisant disparaître l'état morbide de l'estomac qui en est la véritable cause.

L'appétit est conservé dans beaucoup de cas de gastrites chroniques, et les malades ont souvent besoin de toute l'énergie de leur volonté pour résister à l'instinct très-vif qui les pousse à continuer à manger, une fois qu'ils ont commencé un repas. Cet instinct, comme beaucoup d'autres, est pourtant éminemment trompeur, et l'expérience a prouvé combien il est fâcheux de lui obéir.

D'autres malades éprouvent aussi, comme les précédents, un sentiment qu'ils prennent pour de la faim ; suivant l'expression qu'emploient beaucoup d'entre eux, ils *se sentent besoin*, ils commencent à manger avec une véritable avidité ; mais à peine ont-ils pris quelque peu d'aliments, qu'ils sont obligés de s'arrêter : le dégoût s'empare d'eux, plusieurs disent qu'ils sentent leur estomac tellement rempli que, bien qu'*ils aient encore besoin*, ils ne peuvent plus avaler. Il semble à d'autres que l'aliment qu'ils veulent faire parvenir dans leur estomac s'arrête à leur gosier, et les étouffe. Ainsi se traduit par des sensations diverses cette sorte de lutte qui s'établit entre l'instinct de conservation qui pousse l'homme à réparer ses pertes par l'assimilation de nouveaux

matériaux de nutrition, et l'estomac qui se refuse à admettre des aliments qu'il ne pourrait digérer. En pareille circonstance, beaucoup de malades recherchent les mets stimulants, les épices de tout genre; quelquefois on leur cède, et l'on croit que c'est là encore un instinct auquel il peut être utile d'obéir; mais toujours l'on paye cher de semblables essais, à moins que la maladie ne soit tout à fait vers son déclin.

Dans d'autres cas de gastrite chronique, le besoin de réparation se traduit par des appétits d'une violence telle que, s'ils ne sont pas immédiatement satisfaits, les malades tombent en défaillance. Cette fringale peut revenir plusieurs fois par jour, et pour l'apaiser, il suffit ordinairement que les malades prennent très-peu de chose. Car ce n'est pas là une véritable faim; et, dans la plupart des cas, ce besoin si impérieux d'introduire quelque aliment dans l'estomac se change en un prompt dégoût.

Il est des individus, atteints de gastrite chronique, chez lesquels le besoin de réparation se traduit par de singulières sympathies. Chez les uns on observe une céphalalgie qui cesse, lorsque quelques aliments légers ont été introduits dans l'estomac. D'autres sont pris de dyspnée, ou bien ils ont une toux sèche qui s'apaise dès qu'ils ont mangé. Nous avons connu, entre autres, une personne chez laquelle une semblable toux revenait ainsi périodiquement quelque temps avant chacun de ses repas.

Toutes les fois que la gastrite chronique vient à s'exaspérer, et qu'elle tend à repasser à l'état aigu, l'appétit se perd complétement, s'il existait; et s'il était remplacé par l'un des phénomènes dont nous venons de parler, ces phénomènes cessent aussi, et l'on n'observe plus qu'un dégoût absolu pour toute espèce d'alimentation

L'inflammation chronique de l'estomac ne s'accompagne pas nécessairement de douleur dans la région de l'organe souffrant. Cette douleur peut manquer même complètement dans les cas les plus graves, dans ceux où les parois de l'estomac sont frappées de dégénération cancéreuse avec ulcération à sa surface interne. Nous avons vu bien des cas de ce genre dans lesquels l'épigastre était resté complétement indolent; nous avons vu d'autres cas au contraire dans lesquels, sur le cadavre, nous n'aurions certainement trouvé qu'une lésion bien légère, et où cependant l'épigastre était soit habituellement, soit par intervalles, le siége de douleurs très-vives. Du reste, l'extrême acuité de ces douleurs nous a paru être bien plus souvent le produit d'une névralgie de l'estomac que d'une véritable gastrite.

La nature de la douleur, liée à la gastrite chronique, est loin d'être toujours la même. Parfois très-vive, et ne se montrant qu'à de certains intervalles, elle se traduit par une sorte de sentiment de constriction vers l'épigastre qui l'a fait désigner sous le nom de *crampes d'estomac*. Nous avons vu des cas dans lesquels cette douleur particulière se montrait à des intervalles plus ou moins éloignés chez des individus atteints d'une gastrite chronique des mieux caractérisées. Nous avons vu d'autres cas où, en l'absence de cette douleur, il n'y avait aucun signe d'affection de l'estomac; alors elle pouvait être regardée comme purement nerveuse. Cependant nous devons ajouter que nous avons observé des individus qui, après avoir été sujets pendant longtemps à ces crampes d'estomac, sans complication d'aucun autre accident gastrique, ont présenté plus tard tous les symptômes d'une inflammation chronique du ventricule. N'est-ce pas là un de ces cas dans lesquels une simple névralgie est le point de départ d'un état phlegmasique?

D'autres malades n'éprouvent autre chose qu'une sensation de pesanteur à l'épigastre, ou bien une sorte de gonflement, qui survient surtout après qu'ils ont mangé. Plusieurs se plaignent de ressentir comme une barre qui s'étend transversalement sur l'épigastre et sur les deux hypocondres; il en est qui accusent vers l'épigastre des battements fort incommodes.

Le siége de la douleur est très-variable; tantôt elle occupe toute la région de l'estomac, et les malades la ressentent jusqu'au niveau de l'ombilic; tantôt elle occupe un point beaucoup plus circonscrit, soit les environs du pylore, soit le grand cul-de-sac, soit le cardia. Dans ce dernier cas, les malades ressentent comme un point fixe vers l'appendice xiphoïde; un de ces malades nous disait un jour qu'il sentait continuellement comme une vrille qui s'enfonçait en ce point. D'autres individus se plaignent de souffrir surtout au-dessus de l'appendice xiphoïde, dans l'espace occupé par la dernière pièce du sternum, et cependant ce n'est pas là qu'est le véritable siége de la maladie. Est-ce en pareil cas sur le plexus nerveux qui entoure l'extrémité inférieure de l'œsophage que retentit plus particulièrement la souffrance de l'estomac? La douleur peut aussi se propager tout le long de l'œsophage, et le trajet en est très-bien indiqué par les malades eux-mêmes; c'est souvent alors comme une chaleur brûlante qu'ils éprouvent tout le long de ce conduit. Quelquefois enfin la douleur se fait ressentir vers le milieu du dos.

Dans un cas où cette douleur avait été un des phénomènes prédominants de la maladie, nous avons trouvé vers le pancréas une altération qui pouvait en être regardée comme la cause principale. C'était chez une femme, âgée de 60 ans, qui entra à l'hôpital de la Pitié, accusant vers le milieu de la région dorsale une douleur très-vive qui ne lui laissait aucun moment de repos. Cette femme avait d'ailleurs tous les symptômes qui caractérisent une gastrite chronique. Quelque temps après son admission à l'hôpital, une autre douleur se montra, ayant son principal foyer vers la région précordiale, et de là s'irradiant à tout le côté gauche du thorax, la percussion fit reconnaître un son mat à la région du cœur dans une étendue plus grande que de coutume, jusque sur le sternum inférieurement. L'auscultation ne décela rien de particulier; le pouls, fréquent, conserva sa régularité; la respiration ne se gêna pas d'une manière notable. Quinze jours environ se passèrent ainsi, puis la douleur précordiale disparut, et celle du dos devint moindre; mais alors survinrent des accidents d'une autre nature : la malade s'affaissa rapidement; sa langue se sécha; un enduit crémeux s'étendit sur la langue et sur les joues, et la mort ne tarda pas à terminer cette longue série de souffrances. Voici ce que nous trouvâmes à l'ouverture du corps : Une livre d'un liquide semblable au sang qui vient d'être tiré d'une veine remplissait la cavité du péricarde; des fausses membranes épaisses et superposées les unes aux autres recouvraient toute la surface interne de ce sac fibro-séreux. Ainsi s'expliquait cette douleur qui, de la région précordiale, s'irradiait dans tout le côté gauche du thorax avec son mat au bas du sternum. La membrane muqueuse de l'estomac était ramollie dans la plus grande partie de son étendue, et vivement injectée en beaucoup de points; par là s'expliquaient les symptômes de gastrite. Mais cette lésion de l'estomac rendait-elle compte de la douleur dorsale qui avait été si longtemps le symptôme prédominant? c'était au moins douteux, et cette douleur nous parut bien plutôt reconnaître pour cause l'altération suivante, remarquable par sa rareté. Dans le lieu ordinairement occupé par le pancréas, existait une tumeur de nature cancéreuse (mélange des tissus squirrheux et encéphaloïde) qui, en arrière, appuyait sur l'aorte et sur la colonne vertébrale. Cette tumeur était comme embrassée par le duodénum, qui la circonscrivait entre ses trois courbures; dans son intérieur, on apercevait çà et là quelques débris du tissu du pancréas. Une autre tumeur, de même nature, du volume d'un œuf de poule, apparaissait entre le foie et le diaphragme un peu à droite de l'épigastre.

Elle adhérait intimement au foie, mais n'en dépendait pas. Nulle part ailleurs on ne trouva de lésion. Il est remarquable sans doute que chez un individu, atteint de gastrite chronique, l'estomac n'ait pas subi la dégénération cancéreuse, alors que la prédisposition à cette dégénération était démontrée par l'existence des deux tumeurs que nous venons de décrire. Il est encore bon de noter que, dans la plupart des cas où l'on a trouvé le pancréas cancéreux, il y avait en même temps des cancers dans d'autres organes; ici aucun organe n'en contenait. Mais revenons à notre sujet.

Quels que soient le siége et la nature de la douleur épigastrique, elle varie chez les différents individus, sous le rapport des circonstances qui l'exaspèrent ou la reproduisent.

Le travail de la digestion est pour beaucoup de malades la cause du retour de l'accroissement de la douleur; cependant plusieurs affirment qu'ils souffrent également, soit qu'ils mangent ou qu'ils ne mangent pas, et quelle que soit la nature des aliments dont ils se nourrissent; mais ce sont là des cas rares qui appartiennent bien plutôt à d'autres états morbides de l'estomac dont nous parlerons plus bas, qu'à une véritable gastrite.

Chez un assez grand nombre d'individus, le malaise qui résulte pour l'estomac du travail de la digestion ne se montre qu'assez longtemps après l'ingestion des aliments. Ainsi on rencontre des personnes qui souffrent surtout de l'estomac le matin en se réveillant, et chez lesquelles d'ailleurs cette souffrance est d'autant plus vive, qu'elles ont été la veille moins réservées dans leurs repas.

Il serait intéressant de connaître d'une manière précise quelle est la nature des gaz qui se dégagent en si grande quantité de l'estomac dans un grand nombre de cas de gastrites chroniques. On sait que tantôt ils sont sans odeur et sans saveur, et sont indépendants du travail de la digestion, et que tantôt ils accompagnent plus spécialement ce travail; ils acquièrent alors une odeur d'hydrogène sulfuré, et leur saveur est souvent extrêmement âcre, au point d'être la cause d'une sensation très-pénible, et même douloureuse pour les parties qu'ils traversent.

La gastrite chronique, dans ses nombreuses nuances, s'accompagne assez rarement de vomissements. Ceux-ci ont lieu surtout dans deux cas : ou bien, lorsque, sous l'influence de causes appréciables ou non, l'inflammation chronique de l'estomac passe à un état plus aigu, ou bien, lorsque l'altération dont l'estomac est le siége oppose un obstacle

au libre cours des matières, soit lorsqu'elles entrent dans l'estomac, soit lorsqu'elles en sortent. C'est donc spécialement dans les cas d'affection cancéreuse du cardia ou du pylore qu'ont lieu les vomissements. Dans le premier cas, ceux-ci arrivent immédiatement après l'ingestion des aliments ; dans le second cas, on ne les voit survenir que beaucoup plus tard. Certains malades vomissent tous les jours quatre ou cinq heures seulement après qu'ils ont mangé ; chez d'autres, le vomissement n'a lieu qu'à des intervalles plus éloignés, tous les cinq, six ou huit jours. Ceux qui se trouvent dans ce cas, vomissent souvent à la fois une énorme quantité de matière ; nous avons expliqué, dans l'article précédent, comment en pareil cas l'estomac acquiert un volume prodigieux, et devient semblable à une vaste poche qui garde les aliments, tant qu'elle peut se distendre ; souvent alors, à travers les parois abdominales amincies, on circonscrit cette poche de l'œil et du toucher, et plus souvent encore on constate la dilatation qu'a subie l'estomac par le gargouillement que l'on produit facilement à l'épigastre en imprimant au tronc du malade une brusque secousse. Il est même des malades qui déterminent eux-mêmes ce gargouillement en contractant fortement les parois abdominales, de telle façon que tour à tour ces parois s'éloignent et se rapprochent des viscères qu'elles recouvrent.

Quant aux cancers de l'estomac qui affectent le corps même de l'organe, ils peuvent exister à tous les degrés, sans qu'il en résulte jamais de vomissement. C'est ainsi que bien souvent nous avons trouvé sur l'une ou sur l'autre face de l'estomac, soit de vastes ulcérations entourées d'un tissu squirrheux, soit de grosses végétations cancéreuses, chez des individus qui pendant le cours de leur longue maladie, n'avaient jamais eu ni vomissements ni nausées.

Les matières vomies par les individus atteints de gastrite chronique, sont spécialement ou des aliments, ou des mucosités sécrétées par l'estomac lui-même, ou de la bile, ou du sang avec ses qualités ordinaires, ou une matière noire qui ne semble être que du sang altéré par son séjour dans l'estomac. (*Voyez* sur ce point l'article précédent.)

Le vomissement des mucosités peut être purement accidentel, et se lier à une transpiration passagère de l'irritation gastrique. D'autres fois il est habituel ; c'est ainsi que certains malades rejettent chaque jour, soit le matin seulement, soit dans la journée à plusieurs reprises, un liquide blanchâtre, visqueux, qui ressemble beaucoup à de l'albumine qu'on n'a pas soumise à la coction. Ce vomissement n'est souvent ac-

compagné d'aucun autre, et il s'en faut qu'il entraîne toujours, par exemple, celui des aliments.

La gastrite chronique ne s'accompagne guère de vomissements bilieux, que lorsqu'elle devient plus aiguë. Quelquefois ces vomissements précèdent les autres symptômes ; ils se montrent de temps en temps, ne laissent après eux aucune trace, et ce n'est que plus tard, et souvent sans qu'ils reparaissent, que surviennent tous les signes de la gastrite chronique. C'est ainsi que nous avons vu un homme qui, depuis l'âge de dix-huit ans jusqu'à celui de trente-sept ans, ne passa guère d'été sans être pris d'abondants vomissements de bile, et de déjections alvines de même nature. Il éprouvait pendant quelques jours un malaise général, de la fatigue, il perdait l'appétit, l'épigastre devenait un peu sensible, et les évacuations bilieuses commençaient; elles persistaient pendant deux à trois jours, puis la santé se rétablissait. Du reste, dans tous les autres temps de l'année, cet homme digérait bien, et il n'avait aucune souffrance du côté de l'estomac; mais il ne devait pas toujours en être ainsi : vers l'âge de trente-six ans, son estomac commença à s'affecter d'une manière permanente, et peu à peu il présenta tous les symptômes qui caractérisent un squirrhe du pylore.

On pense généralement que les vomissements de matière noire semblable à du chocolat, à du marc de café, ou à de la suie, sont un des signes les moins équivoques de la dégénération cancéreuse de l'estomac. Déjà, dans l'article précédent, nous avons cité des cas où ces vomissements se sont montrés sans qu'il y eût ulcération cancéreuse de cet organe, ni même trace de cancer dans ses parois. Mais dans les cas que nous avons cités, l'estomac, sans être cancéreux, présentait des altérations qui caractérisent d'autres formes de gastrite chronique. Voici maintenant d'autres cas, dans lesquels l'estomac n'était le siége d'aucune lésion appréciable, bien que pendant la vie d'abondants vomissements noirs eussent eu lieu. Dans l'un de ces cas, les masses cancéreuses avaient envahi le foie; dans les autres, la principale maladie était une péritonite chronique.

1er *Cas*. Un homme, âgé de 35 ans, entre à la maison royale de santé avec une hydropisie (sérosité dans le péritoine; infiltration des bourses et des membres inférieurs; aucune trace d'œdème dans les membres supérieurs, ni à la face). A la suite de scarifications faites aux bourses, la peau du scrotum rougit, et un érésipèle phlegmoneux envahit les cuisses, les fosses iliaques, et remonte jusqu'aux flancs. Pendant que cet

érésipèle se développe, le malade vomit en grande quantité une matière noire, semblable à de la suie délayée dans l'eau. Il meurt trois jours après l'apparition de ces vomissements.

Nous trouvâmes l'estomac exempt de toute lésion appréciable. Il était pâle à sa surface interne, et ses diverses membranes avaient leur épaisseur et leur consistance ordinaires; le reste du tube digestif était pâle et sain comme l'estomac. Le foie, d'un volume médiocre, présentait à son intérieur une douzaine de masses blanches ayant tous les caractères de la matière encéphaloïde à l'état de crudité. La rate était volumineuse et très-ferme. Les autres organes n'offraient rien de remarquable. Le tissu cellulaire du scrotum, des cuisses et des hanches était infiltré d'un liquide séro-purulent.

2e *Cas*. Un homme, âgé de 53 ans, présente, pendant son séjour à la maison royale de santé, les différents symptômes d'une péritonite chronique; de plus il tousse, et il a eu dans sa vie quelques crachements de sang. Il ne se nourrit que de lait. Tout à coup cet homme est pris de vomissements dont la matière ressemble à du marc de café; les deux jours suivants, il a des selles de même nature. Un affaissement rapide suit ces évacuations, et il succombe.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes le paquet intestinal réuni en une seule masse par des fausses membranes que parsemaient des myriades de tubercules.

La surface interne de l'estomac présentait à peine, en quelques points, une injection fort légère; la membrane muqueuse gastrique avait partout son épaisseur et sa consistance normales, et ses tissus subjacents n'offraient aucune altération. L'intestin grêle était pâle, et vide de matières. Il n'en était pas de même du gros intestin : dans toute son étendue, il était rempli par une matière noire semblable à du marc de café, mêlée à une autre matière d'un gris jaunâtre, s'écrasant sous le doigt, grasse au toucher; elle ressemblait à de l'argile; la matière noire était plus abondante que l'autre; elle distendait l'intestin. Après que celui-ci eut été bien lavé, on trouva sa surface interne parfaitement blanche, et ses diverses tuniques à l'état sain.

Le foie n'offrit rien de remarquable, non plus que la bile contenue dans la vésicule. La rate était petite et dense.

Le lobe supérieur de chaque poumon contenait des tubercules, il y en avait en plus grande quantité dans le gauche,

Le cœur, remarquable par sa pâleur, sans que son tissu fût plus

friable que de coutume, contenait dans ses cavités une petite quantité de sang liquide.

3e *Cas*. Un homme, âgé de 60 ans, entre, comme le précédent, à la maison royale de santé, avec les signes d'une péritonite chronique. A droite de l'épigastre, les parois abdominales font une saillie notable, telle que celle qui résulterait de l'existence d'une tumeur. Le 2 octobre, ce malade est pris d'une diarrhée, puis il vomit à plusieurs reprises une grande quantité de bile verdâtre ; il continue à vomir de la bile les deux jours suivants. Le 25 octobre, le vomissement change de nature ; il est constitué par une matière noire, semblable à du marc de café ; dès les premiers moments de l'apparition de ce nouveau vomissement, les traits se décomposent rapidement ; un affaissement considérable survient ; comme celui qui accompagne une grande hémorragie, et la mort a lieu le 6 octobre, à quatre heures du matin.

L'ouverture du cadavre montre dans le péritoine un épanchement séro-purulent, et de fausses membranes qui de toutes parts unissent entre elles les anses intestinales. De petits tubercules miliaires sont disséminés dans l'épiploon gastro-colique, une abondante collection de pus existe au devant de l'estomac ; il s'est creusé une cavité bornée en avant par les parois abdominales, en arrière par l'estomac, à gauche par la rate, et à droite par le foie que cette collection semble avoir aplati. En avant et au-dessous du bord tranchant du foie, vers le point occupé par la vésicule du fiel, existe une autre poche dont les parois sont constituées par de fausses membranes que le doigt déchire facilement ; cette poche contient aussi du pus. C'est cette poche qui, pendant la vie, faisait faire saillie aux parois abdominales vers l'hypocondre droit. De fausses membranes superposées épaississent singulièrement les parois de la vésicule du fiel.

L'estomac est vide, sa surface interne blanche, et ses diverses membranes sont dans l'état physiologique. Le duodénum, le jéjunum, l'iléum, et tout le gros intestin, sont remplis d'une matière noire semblable à du marc de café. Au-dessous de cette matière, on ne trouve dans la membrane muqueuse intestinale d'autre altération qu'un pointillé noir assez prononcé des villosités du duodénum et du commencement du jéjunum.

Le foie est remarquable par sa grande densité. Il présente un grand nombre de plaques irrégulières d'un gris blanchâtre, qui sont constituées par la substance jaune, décolorées, et dont les circonvolutions sont

comme tassées, la substance rouge ayant disparu entre elles. La rate, pâle, a son volume et sa consistance ordinaires.

Le sommet des deux poumons présente quelques tubercules disséminés au milieu d'un tissu dur et noir. Le cœur, pâle, contient, ainsi que les vaisseaux, une petite quantité de sang liquide.

Ces trois cas démontrent bien manifestement que le vomissement noir, qui est souvent un des effets de la dégénération cancéreuse de l'estomac, peut aussi uniquement résulter d'une exhalation de la membrane muqueuse gastrique, exhalation qui ne se lie à aucune lésion de l'estomac appréciable sur le cadavre. Cette exhalation peut aussi avoir lieu en même temps dans l'intestin, et dans celui-ci on ne trouve pas plus de lésion que dans l'estomac. Seulement dans le cas que nous venons de citer, on a pu être frappé de la grande pâleur de toute la surface interne des voies digestives, et de la chute subite des forces qui survenait dès les premières évacuations. Ce sont là autant de phénomènes qui accompagnent ordinairement toute grande hémorragie.

Un des symptômes qui accompagne le plus habituellement la gastrite chronique, lorsqu'elle est exempte de toute complication du côté de l'intestin, c'est une constipation des plus opiniâtres. Elle augmente ou elle diminue, suivant, que l'irritation gastrique est plus ou moins intense. Trop souvent, en pareil cas, les malades attribuent à cette constipation les accidents qu'ils éprouvent vers l'estomac, et les purgatifs auxquels ils ont recours pour la vaincre manquent rarement d'aggraver leur affection; et toujours, à la suite des selles qu'ils provoquent ainsi artificiellement, ils restent encore plus constipés qu'auparavant. Le seul moyen de triompher de cette constipation, c'est de diminuer l'intensité de l'irritation gastrique

Dans la gastrite chronique, tous les désordres fonctionnels n'existent pas seulement du côté des voies digestives. L'estomac irrité réagit sur les différents appareils organiques, et de là résultent des symptômes aussi divers que le sont les dispositions individuelles elles-mêmes.

Du côté de l'innervation, on peut observer les troubles fonctionnels les plus variés. Il est bien fréquent, par exemple, de voir, chez les personnes atteintes de gastrite chronique, chaque digestion être accompagnée d'un accablement extrême, d'un sentiment général de fatigue, de douleurs vagues dans les membres, d'un malaise et d'une sorte d'angoisse qui se dissipe à mesure que la digestion approche de son terme. Il peut arriver qu'en même temps que s'observent ces symptômes géné-

raux, les souffrances du côté même de l'estomac ne soient que très-légères; et remarquez que c'est par ces mêmes symptômes généraux que débute souvent aussi l'inflammation aiguë de l'estomac, et que, dans ce cas également, il arrive plus d'une fois que les symptômes généraux sont beaucoup plus prononcés que les symptômes locaux. (*Voyez* à cet égard le volume précédent.)

Indépendamment de cet effet, qui se répète chez un grand nombre d'individus, il en est d'autres, plus rares, qui dépendent de la disposition spéciale dans laquelle l'affection de l'estomac trouve chez chaque malade le système nerveux.

Ainsi, chez un certain nombre de personnes, on observe des maux de tête qui sont évidemment sous la dépendance de l'irritation gastrique qui les tourmente.

Nous connaissons une dame qui, atteinte depuis plusieurs années d'une gastrite chronique, est prise d'un engourdissement très-prononcé du membre thoracique droit, chaque fois que sa gastrite s'exaspère.

Nous en connaissons une autre qui, ayant eu dans sa jeunesse une névralgie faciale, a vu depuis, à plusieurs reprises, cette névralgie reparaître chez elle, chaque fois que son estomac, habituellement délicat, est devenu le siége d'une irritation plus forte.

Nous avons été consultés par un jeune homme affecté, comme les sujets précédents, de gastrite chronique, chez lequel toute l'enveloppe cutanée devient de temps en temps le siége d'une sensibilité tellement vive qu'il ne peut plus supporter sans douleur le moindre contact. Il a remarqué que cette hyperesthésie cutanée était constamment précédée d'une exaspération des accidents gastriques, et qu'elle diminuait constamment avec ceux-ci.

Nous avons donné nos soins à un homme de trente-six ans, jouissant de toutes les aisances de la vie, et n'ayant aucun sujet de chagrin, qui fut poursuivi par des idées de suicide, pendant tout le temps qu'exista chez lui une gastrite; il en était déjà atteint depuis trois ou quatre mois, lorsqu'il nous consulta. A l'aide d'un traitement convenable, nous fîmes disparaître l'inflammation de l'estomac, et, dès qu'il commença à bien digérer, il ne pensa plus à se tuer.

On sait d'ailleurs qu'un assez grand nombre d'hypocondries reconnaissent pour point de départ un état morbide de l'estomac. Combien n'avons-nous pas vu de personnes qui, sans devenir hypocondriaques, sont

saisies d'une tristesse profonde, dont elles ne peuvent pas se rendre compte, toutes les fois qu'elles souffrent de l'estomac!

La circulation n'est que peu modifiée par la gastrite chronique. Hors le cas où cette affection repasse momentanément à l'état aigu, le pouls reste sans fréquence et la peau sans chaleur. Chez quelques personnes, cependant, le travail de la digestion est accompagné d'un petit moment de fièvre.

En vertu d'une disposition toute particulière, plusieurs personnes, atteintes de gastrite chronique, sont tourmentées de palpitations, qui sont évidemment liées à cette gastrite, et que l'on voit s'accroître et diminuer avec elle. Ces palpitations, toutes sympathiques, se montrent surtout chez les personnes qui y sont disposées par le volume de leur cœur, et l'irritation gastrique devient alors la cause occasionnelle du développement plus rapide de l'anévrysme dont ces personnes portent le rudiment. Guérissez leur gastrite, et souvent vous verrez l'affection du cœur redevenir stationnaire.

L'appareil respiratoire se ressent parfois de l'irritation dont l'estomac est le siége. Ainsi, dans plus d'un cas de gastrite chronique, un des symptômes les plus saillants qui accompagne le travail de la digestion, c'est une dyspnée fort pénible, dont beaucoup de malades rapportent eux-mêmes le point de départ à l'estomac. Est-ce par une influence du nerf pneumo-gastrique que peut s'expliquer en pareil cas le trouble de la respiration?

D'autres fois ce n'est plus cette dyspnée qu'on observe, mais chaque exaspération de la gastrite, et même chaque travail de digestion, s'accompagne d'une toux sèche, qui est purement sympathique, et que depuis longtemps les observations ont désignée sous le nom de toux gastrique. Son existence ne nous paraît pas être révoquée en doute; mais toutefois hâtons-nous d'ajouter que plus souvent encore cette toux se manifeste chez les individus qui ont une affection des poumons, comme tout à l'heure nous remarquions que les palpitations produites par la gastrite chronique se montrent surtout chez les individus qui ont une affection du cœur. Interrogez en effet les phthisiques sous ce rapport : la plupart vous répondront que, chaque fois qu'ils ont mangé, leur toux devient plus forte, et cela est surtout marqué chez eux, si leur estomac commence à s'irriter.

Les différents appareils des sécrétions ne restent pas étrangers au trouble que jette dans toute l'économie l'irritation qui a frappé l'estomac.

Les sécrétions de la peau sont celles qui sont modifiées de la manière la plus constante ; elles diminuent, ou se suppriment, et de là résulte cette sécheresse toute particulière de l'enveloppe cutanée que présentent les malades atteints de gastrite chronique. Cette sécheresse est surtout remarquable à la paume des mains.

Y a-t-il quelque rapport entre cette modification presque constante des sécrétions cutanées, et ces éruptions diverses dont la peau est si fréquemment le siége pendant le cours d'un certain nombre de gastrites chroniques? Nous avons été consulté par un jeune homme habitué à souffrir de l'estomac, et dont la peau se couvre de plaques ortiées, chaque fois que son estomac s'irrite davantage. Nous avons vu un autre cas plus singulier que celui-là : un jeune homme éprouve depuis plusieurs mois tous les symptômes d'une irritation gastrique : un matin, il prend quatre gros de magnésie; il ressent sur-le-champ une pesanteur des plus pénibles à l'épigastre ; il a des nausées qui ne sont pas suivies de vomissements, et bientôt toute sa peau se couvre de larges plaques d'urticaire. Cette éruption dure une trentaine d'heures, et disparaît. Il y eut ici une coïncidence bien remarquable entre l'exaspération toute accidentelle de l'irritation gastrique, et l'apparition de l'éruption cutanée. Qui ne sait d'ailleurs que, chez un grand nombre d'individus, les affections herpétiques ne manquent jamais de prendre une intensité plus grande, toutes les fois que l'estomac vient à s'irriter? De là l'indispensable nécessité d'un régime des plus doux dans ces sortes d'affections.

Lorsque la gastrite donne lieu à des vomissements essentiellement formés par de la bile, il faut bien admettre que la sécrétion même du foie se trouve modifiée. Car, dans l'état ordinaire, la bile n'arrive dans le duodénum qu'en petite quantité à la fois, ainsi qu'on peut s'en assurer sur les animaux vivants. Il faut donc que tout à coup une plus grande quantité de bile afflue dans l'intestin, et que, suivant une direction contraire à celle qui lui est ordinairement imprimée, elle remonte vers l'estomac, et franchisse le duodénum; à la vérité il pourrait aussi arriver que ce ne fût que peu à peu que la bile arrivât dans l'estomac, et que celui-ci ne la rejetât que lorsqu'elle s'y serait accumulée en assez grande quantité. Il nous semble que ces différents cas peuvent également avoir lieu.

La sécrétion urinaire se modifie de mille façons chez les individus atteints de gastrite chronique, mais sans que cette modification soit plus particulière à la gastrite qu'à toute autre maladie ; nous n'y insisterons

donc point ici, et nous rapporterons seulement deux cas assez remarquables que nous avons eu occasion d'observer, et qui prouvent combien peut être profonde l'influence exercée par l'estomac souffrant sur les fonctions des reins.

Un homme, âgé de quarante ans environ, présentait depuis longtemps les symptômes d'une irritation gastrique habituelle. A trois reprises différentes, il fut pris, sans cause connue, d'une vive douleur à l'épigastre, suivie d'abondants vomissements bilieux. Chaque fois que ces accidents se reproduisirent, il rendit en urinant plusieurs graviers, formés par de l'acide urique. A aucune autre époque de sa vie, il ne s'était aperçu que ses urines en continssent.

Une jeune dame nous consulta pour un diabetès sucré, auquel elle était sujette depuis près d'un an. On l'avait soumise à un régime exclusivement animal, qu'elle n'avait pas pu longtemps supporter. Nous découvrîmes bientôt que chez cette dame le diabetès se compliquait d'une gastrite chronique, qui semblait avoir été complétement négligée dans les traitements suivis jusqu'alors. Nous apprîmes de la malade qu'elle avait commencé à souffrir de l'estomac et à mal digérer quelques mois avant la première apparition de son diabetès. Nous pensâmes qu'il était rationnel de commencer par chercher à détruire l'irritation gastrique, et nous nous rappelions quelques observations rassemblées par le docteur Dézeimeris, dans lesquelles il y avait, comme chez notre malade, coïncidence d'une gastrite chronique et d'un diabetès, et où l'on fit disparaître celui-ci en enlevant l'inflammation d'estomac. Quelques applications de sangsues furent d'abord faites sur l'épigastre; cette région fut ensuite frictionnée avec la pommade stibiée, en même temps nous astreignîmes la malade à suivre un régime très-doux, nous essayâmes le lait, qui jusqu'alors lui avait été défendu, et comme elle le digérait très-bien, elle en fit bientôt son unique nourriture. Ce traitement dura pendant trois mois; au bout de ce temps, il n'y avait plus de trace d'irritation gastrique, et, chose remarquable! les urines étaient revenues à leur état naturel. Ainsi, en guérissant la gastrite, nous avions fait disparaître le diabetès, de telle sorte qu'il était raisonnable de penser que la seconde de ces affections était sous la dépendance de la première.

ARTICLE III.

TRAITEMENT DE LA GASTRITE CHRONIQUE.

Une maladie telle que la gastrite chronique, qui présente des degrés si divers d'intensité, qui répond à des lésions si variées, et qui se traduit par des symptômes souvent si différents, ne saurait exiger dans tous les cas le même traitement. Il y a telle nuance de gastrite chronique dans laquelle le traitement doit être aussi rigoureusement antiphlogistique que dans la gastrite aiguë; il y a telle autre nuance de cette affection dans laquelle la thérapeutique doit être toute différente, et où ce sont des moyens plus ou moins stimulants qui ont seuls quelques chances de succès. Il en est ainsi vers la fin d'un certain nombre de gastrites chroniques, lorsque déjà, depuis longtemps, l'inflammation a été combattue par les moyens convenables, et qu'elle est sur le point de s'éteindre. Encore quelque temps et elle n'existera plus, et cependant les fonctions de l'estomac seront loin d'être encore revenues à leur état normal. Souvent alors on ne peut les y ramener qu'en ayant recours à un nouveau mode de médication, et surtout en modifiant la nature des aliments. Jusque-là le régime le plus doux et des médicaments analogues avaient été seuls prescrits, et la maladie n'avait cessé de s'améliorer sous leur influence, maintenant elle reste stationnaire, et bientôt elle va se présenter sous un autre aspect : les boissons les plus douces, telles que l'eau gommée ou le lait coupé, qui naguère étaient les seules qui puissent être supportées, produisent, chaque fois qu'elles sont ingérées, une sensation de pesanteur à l'épigastre; si on insiste, elles finiront par être vomies. Il en est de même des fécules et autres aliments doux qui avaient constitué jusque-là la base de la nourriture. Alors quel parti prendre? admettrons-nous que l'irritation gastrique a pris de nouveau plus d'activité, et augmenterons-nous encore la sévérité du régime? Soumettrons-nous le malade à une diète absolue? En agissant ainsi, nous aggraverions les symptômes d'une manière funeste : l'abstinence complète, dans un moment où l'économie épuisée éprouve un vif besoin de réparation, et où l'amélioration de l'état de l'estomac permet de le satisfaire, déterminerait vers celui-ci une irritation secondaire qui se traduirait bientôt par la manifestation d'une douleur à l'épigastre, par la sécheresse et la rougeur de la langue, par des nausées et des vomisse-

ments, par l'accélération du pouls. A ces accidents, il n'y aurait bientôt plus de remède, et le retour soudain de la gastrite à l'état aigu serait promptement suivi de la mort. Voilà ce qui malheureusement a été plus d'une fois observé dans des cas où l'on a pris pour des signes d'irritation plus forte, des accidents qui résultaient d'une cause toute contraire. Alors l'estomac ne supporte plus l'eau de gomme; il supporte au contraire quelques préparations aromatiques ou amères, et un peu de vin de bonne qualité lui va parfaitement. Des fécules préparées au lait ou au bouillon de poulet ne sont pas digérées, et du bouillon plus fort, des jus de viandes passeront très-bien. La membrane muqueuse gastrique se trouve alors dans le même cas que la membrane muqueuse oculaire, qui, vers le déclin d'un certain nombre d'ophthalmies, rougit et s'engorge de plus en plus sous l'influence de collyres émollients, et qui revient promptement à son état normal si on la baigne avec de l'eau-de-vie, ou si on la touche avec du nitrate d'argent. C'est que l'accumulation du sang dans une partie n'annonce pas nécessairement que cette partie soit irritée, c'est que partout il faut aux tissus vivants, pour qu'ils puissent se débarrasser de la maladie qui les a frappés, un certain degré de stimulation en deçà et au delà duquel ces tissus ne peuvent plus revenir à leur état normal.

Une longue expérience peut seule apprendre à modifier, dans chaque cas particulier, les règles générales d'hygiène qu'il convient de suivre chez les individus atteints de gastrite chronique. Nous ne ferons ici à ce sujet qu'une seule remarque; elle porte sur l'exercice qu'on fait prendre à ces malades. Bien souvent on ne le proportionne point à leurs forces, et, en les fatigant, on les empêche de digérer. Autant un exercice assez violent est utile, lorsque les malades se nourrissent suffisamment, autant il nous a paru nuisible chez ceux qui sont soumis à une diète assez sévère. Souvent, en pareille circonstance, la digestion est devenue tout à coup plus facile, par cela seul qu'on engageait les malades à ne pas marcher après avoir mangé. Nous en avons vu qui ne digéraient bien qu'à la condition de prendre leurs repas dans le lit, et d'y rester pendant tout le temps que s'accomplissait le travail de la chimification. Nous avons donné nos soins à une dame qui ne parvint à rétablir son estomac depuis longtemps irrité, qu'en mangeant dans le bain. D'abord elle y déjeuna et y dîna; puis elle n'y prit qu'un seul repas; au bout de six semaines de l'emploi de ce moyen auquel elle se soumit avec persévérance, elle se trouva complétement guérie.

CHAPITRE III.

OBSERVATIONS SUR QUELQUES AFFECTIONS DE L'ESTOMAC, QUI NE CONSISTENT POINT DANS UN ÉTAT INFLAMMATOIRE DE CET ORGANE.

Les différentes altérations de l'estomac, que nous avons étudiées dans les deux chapitres précédents, ont pour le praticien ce caractère commun très-important, savoir : que le traitement antiphlogistique est celui qui peut leur être opposé avec le plus d'avantage. Lorsque ce traitement cesse d'être utile, c'est que les altérations contre lesquelles on l'employait ont changé de nature. Nous l'avons démontré à la fin du chapitre second.

Nous avons consacré avec M. Broussais le terme générique de *gastrite*, pour exprimer ces nombreuses altérations qui reconnaissent toutes l'irritation pour lien commun, et qui, toutes, réclament une médication exclusivement émolliente.

Cependant toute affection de l'estomac n'est pas une gastrite. Dans plus d'un cas, ses fonctions peuvent se troubler sous l'influence de causes toutes différentes de celles qui produisent ordinairement l'inflammation, et ce trouble de fonctions ne disparaît que par un traitement qui devrait nécessairement l'exaspérer, s'il dépendait d'un état inflammatoire de l'estomac. L'ouverture des cadavres vient encore ici fortifier ces preuves de son autorité, en nous montrant des cas dans lesquels l'estomac n'a présenté aucune trace de phlegmasie, bien que pendant la vie il eût été le siége de désordres fonctionnels plus ou moins graves. Citons d'abord des cas de ce genre.

D'abord, il est généralement admis que plusieurs maladies des centres nerveux peuvent troubler violemment les fonctions de l'estomac, déterminer surtout des vomissements abondants et prolongés, sans qu'à l'ouverture des corps on trouve dans l'estomac lui-même aucune lésion appréciable. On en trouvera de nombreux exemples dans le cinquième volume de cet ouvrage; nous nous contenterons ici d'en rapporter un seul.

Ire OBSERVATION.

Vomissements abondants jusqu'à la mort. Estomac sain. Épanchement de sérosité dans les ventricules cérébraux.

Une petite fille de 3 ans, pensionnaire dans une institution de la rue du Faubourg du Roule, fut prise, sans cause connue, d'abondants vomissements ; ceux-ci persistèrent pendant vingt-quatre heures sans autre symptôme grave ; puis la petite malade tomba dans un état comateux de plus en plus grave, et succomba. Le pouls eut constamment une grande fréquence; la langue, autant qu'on put l'apercevoir, parut peu s'éloigner de son état naturel.

A l'ouverture du cadavre faite en présence de mon père, et du docteur Descieux, nous trouvâmes les ventricules du cerveau fortement distendus par une grande quantité de sérosité limpide; il n'y avait pas d'autre altération dans l'encéphale et ses dépendances. L'estomac nous parut exempt de toute espèce de lésion ; sa surface interne était pâle dans toute son étendue ; la membrane muqueuse avait l'épaisseur et la consistance qui constituent son état physiologique. Les tissus subjacents étaient sains. Nous trouvâmes également exempt de toute lésion appréciable le reste du tube digestif, ainsi que les autres organes de l'abdomen et du thorax.

Dans ces cas, les vomissements abondants qui marquèrent le début de la maladie, et qui persistèrent pendant son cours, étaient un effet sympathique de l'hydrocéphale aiguë à laquelle succomba cette enfant. Voici maintenant un cas où des vomissements eurent également lieu, sans qu'on ait pu s'en rendre compte ni par l'état de l'estomac, ni par celui d'aucun autre organe.

IIe OBSERVATION.

Vomissements prolongés pendant six semaines. Aucune lésion appréciable de l'estomac.

Un homme, âgé de 20 ans, présentait, lors de son entrée à la Maison royale de Santé, tous les symptômes de la phthisie pulmonaire; pendant les six dernières années de sa vie, ce malade fut pris de vomissements qui, chaque jour, se répétaient plusieurs fois. Il avait le dégoût le plus complet pour toute espèce d'aliment, et le peu qu'il prenait était vomi. La langue avait conservé l'aspect le plus naturel ; l'épigastre était indolent. Cet homme s'éteignit à la manière des phthisiques.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'encéphale et ses annexes ne présentaient rien de remarquable.

Les poumons étaient comme farcis d'une très-grande quantité de tubercules miliaires.

Entre eux, le parenchyme pulmonaire, loin d'être hépatisé ou induré, était notablement raréfié. Les vésicules pulmonaires, très-dilatées, étaient remplacées en plusieurs points par de larges espaces remplis d'air que circonscrivaient des parois formées par une membrane translucide aussi mince qu'une pelure d'oignon. Çà et là existaient quelques petites cavernes. L'une d'elles se voyait à travers la plèvre, de la cavité de laquelle elle n'était séparée que par une membrane très-mince.

Le cœur, pâle et d'une consistance normale, contenait dans ses cavités du sang coagulé.

L'estomac, médiocrement distendu par des gaz, était blanc à sa surface interne; partout sa membrane muqueuse avait l'épaisseur et la consistance de son état physiologique ; elle était un peu mamelonnée vers le pylore. Les tissus subjacents à cette membrane n'offraient aucune altération. De nombreuses ulcérations existaient dans les intestins.

La rate était volumineuse et friable. Il n'y avait rien de remarquable dans les autres organes.

Cette observation suffit pour démontrer la possibilité que l'estomac soit le siége des désordres fonctionnels les plus graves, sans que ces désordres puissent en aucune façon s'expliquer par des lésions de cet organe appréciables sur le cadavre.

Les observations suivantes, que nous avons plus récemment recueillies, nous conduiront encore à la même conclusion.

IIIe OBSERVATION.

Cancer de l'utérus. Signes de néphrite à l'époque de l'entrée de la malade; plus tard choléra qui disparaît, et qui laisse à sa suite d'opiniâtres vomissements. Pas de lésion dans l'estomac qui explique ceux-ci.

Une couturière, âgée de 43 ans, se plaignait d'éprouver vers l'hypogastre une pesanteur des plus pénibles, lorsqu'elle entra à la Pitié le 20 novembre 1833. Depuis huit jours elle avait été prise de nouveaux accidents : elle accusait vers le flanc gauche une douleur vive qui s'irradiait dans le trajet de l'artère droite, et ses urines étaient sanguinolentes. La langue sèche, rouge à son limbe, était couverte d'un enduit blanchâtre à son centre. La malade, sans appétit, et tourmentée d'une soif continuelle, vomissait de temps en temps des matières aqueuses; elle n'allait point à la selle, l'épigastre était indolent; le pouls battait 88 fois par minute. Vingt sangsues furent appliquées sur l'abdomen, et la malade fut placée dans un demi-bain.

Du 21 au 26 novembre, la malade eut une suppression complète d'urine; l'on s'assura par le cathéter que la vessie n'en contenait pas; la douleur ci-dessus indiquée persista, plusieurs vomissements eurent lieu chaque jour, et il n'y eut aucune selle; la fréquence du pouls resta à peu près la même. Pendant ce temps, des sangsues furent appliquées sur la région rénale gauche, et une saignée du bras fut pratiquée.

Le 27 novembre, les urines se rétablirent, les vomissements cessèrent, et la malade parut aller mieux. Mais le 29, tous les symptômes d'un choléra-morbus assez intense se

déclarèrent : selles très-abondantes constituées par un liquide blanchâtre, semblable à de l'eau de riz ; vomissements de même nature ; voix éteinte ; dyspnée, teinte violette des extrémités ; nez froid ; enfoncement des yeux dans les orbites ; point d'urine. Pouls très-petit, sensible cependant, à 112 (*lavements de ratanhia*, *potions opiacées*, *sous-nitrate de bismuth à la dose de 24 grains*).

Du 28 novembre au 4 décembre, les différents accidents cholériques disparurent, à l'exception du vomissement qui persista. Dès ce moment, ce symptôme devint le phénomène prédominant ; depuis le 4 décembre jusqu'au 13, jour où elle mourut, la malade fut tourmentée de continuelles nausées, et chaque jour elle vomit à plusieurs reprises des matières tantôt incolores, tantôt vertes ou brunes ; elle vomissait également toutes les boissons ingérées. Pendant ce temps, le pouls resta toujours petit et fréquent (92 à 108 pulsations par minute). La langue conserva une sécheresse constante ; elle était rouge, lisse, comme dépouillée de son épithélium, les forces diminuèrent rapidement, et la malade succomba dans la stupeur ; le ventre se conserva jusqu'à la fin souple et indolent, et dans les derniers jours, il n'y eut point de selle. L'eau de Seltz, la glace, un vésicatoire appliqué à l'épigastre, l'opium sous diverses formes, furent les principaux moyens employés.

OUVERTURE DU CADAVRE

38 *heures après la mort.*

Poumons. Poumon droit ; adhérences cellulaires générales ; emphysème à la partie inférieure du lobe supérieur ; matière colorante noire accumulée au sommet ; là une petite masse crayeuse ; parenchyme généralement sec, légèrement engoué en arrière et en bas.

Poumon gauche ; aucune adhérence ; emphysème de tout son lobe supérieur ; même matière noire au sommet ; même engouement d'ailleurs.

Cœur. Petite tache blanche à la partie antérieure du péricarde qui est vide de sérosité ; diamètre, de la base à la pointe 3, pouces 5 lignes ; transversalement, 3 pouces 4 lignes ; épaisseur, 19 lignes ; ventricule gauche, 7 lignes ; cloison, 5 lignes 1/2 ; ventricule droit, 2 lignes ; cavités d'ailleurs assez petites ; caillots fibrineux blancs dans les cavités droites ; caillots *idem* dans l'aorte ; orifices libres ; aorte à son origine, 2 pouces 5 lignes ; épaississement graniforme de sa membrane interne.

Foie. Diamètre : hauteur, 6 pouces 10 lignes ; largeur, 8 pouces 5 lignes ; épaisseur, 2 pouces 7 lignes ; tissu médiocrement engorgé ; substance jaune l'emportant de beaucoup sur la rouge, qui n'existe que sous la forme de points ; consistance normale ; vésicule distendue par une grande quantité d'une bile d'un vert clair.

Rate. Longueur, 4 pouces ; largeur, 2 pouces ; épaisseur, 15 lignes ; d'une densité assez grande ; d'une couleur rouge-brun.

Estomac. Il contient des gaz, et une petite quantité d'un liquide brun, visqueux, qui paraît résulter d'un mélange de bile et de mucosités. Surface interne généralement blanche ; muqueuse pâle ; au-dessous d'elle rampe un certain nombre de veines médiocrement remplies de sang, qui en quelques points envoient des ramuscules dans la muqueuse, d'où résulte pour celle-ci une très-légère injection en cinq à six points différents, dont la largeur serait représentée par une pièce de dix sous au plus. Partout consistance normale ; elle est plus mince vers le grand cul-de-sac qu'ailleurs, comme ce doit être dans l'état physiologique. A gauche du cardia, existence de cinq ou six petites taches brunes, qui semblent d'abord appartenir à la muqueuse même, mais

qu'un examen plus attentif fait reconnaître pour n'être autre chose qu'un dépôt de la matière brune trouvée dans l'estomac. Un léger raclage fait disparaître ces taches, sans que la muqueuse soit intéressée.

Intestins. Membrane muqueuse de l'intestin grêle généralement pâle ; à sa partie inférieure on remarque un assez grand nombre de plaques de Peyer, sans saillie aucune et pointillées de noir. Amincissement de la muqueuse à la fin du même intestin ; mollesse de la muqueuse du cœcum, colorée par la matière brune, qui remplit cet intestin ; quelques rides rouges dans le colon, qui contient une matière brune liquide.

Reins. Rein gauche plus volumineux que le droit, pâle, sans autre altération de sa substance, non plus que de ses conduits extérieurs.

Rein droit, même aspect ; uretères, bassin et urèthres distendus par l'urine, tandis que les mêmes parties dans son congénère sont vides de ce liquide.

Utérus. Vessie. Destruction complète du col utérin, par un cancer qui a perforé la paroi postérieure de la vessie; corps de l'utérus sain; rougeur de la muqueuse vésicale.

Cerveau. Normal.

Dans ce cas, l'état dans lequel on trouva l'estomac ne saurait certainement rendre compte des vomissements si abondants et si opiniâtres qui avaient été observés pendant la vie. La condition morbide qui les produisit ne nous fut donc point révélée par l'anatomie pathologique, et ce n'est point celle-ci qui, en pareille circonstance, fournit une contre indication à l'emploi de moyens autres que les antiphlogistiques.

IVe OBSERVATION.

Ancien choléra. Vomissements répétés. Aucune lésion dans l'estomac.

Une couturière, âgée de 21 ans, entra à la Pitié le 11 mars 1833. Depuis l'âge de 13 ans, cette femme a souvent des douleurs d'estomac et elle vomit souvent. Elle a cessé d'être réglée depuis huit mois ; elle a eu un choléra grave il y a plusieurs mois. Lorsqu'elle fut soumise à notre observation, elle nous présenta l'état suivant :

Céphalalgie sus-orbitaire, étourdissements, langue blanche, sans rougeur sur les bords ; soif ; anorexie ; bouche mauvaise ; vomissements bilieux souvent répétés; épigastre douloureux ; ventre légèrement ballonné ; constipation. Le pouls bat 112 fois par minute. La respiration est un peu courte depuis fort longtemps ; la malade assure cependant n'avoir jamais eu de rhume ; jamais non plus elle n'a eu de palpitations. L'auscultation et la percussion ne fournissent que des signes négatifs. Depuis huit mois, cette femme est prise tous les jours, vers trois heures de l'après-midi, d'un frisson que remplacent tour à tour de la chaleur, puis de la sueur. On sent la rate au-dessous des fausses côtes gauches. La malade a de temps en temps quelques fleurs blanches.

Les jours suivants, sous l'influence sans doute de son nouveau genre de vie, cette femme n'eut plus d'accès de fièvre ; mais du 13 au 17 mars elle vomit, chaque jour, de la bile. Le 27, les vomissements devinrent plus abondants : la malade était tourmentée de nausées continuelles, l'épigastre était le siége d'une douleur vive ; il n'y avait pas

eu de selles depuis six jours. La langue était brunâtre et jaune, le pouls battait 92 fois par minute, et dans le même temps on ne comptait que 12 respirations. Le pouls était très-petit, les mains étaient froides, violettes, couvertes d'une sueur visqueuse. Il y avait des urines. 20 sangsues furent appliquées à l'épigastre.

Les sangsues coulèrent abondamment toute la journée ; cependant les vomissements continuèrent ; la malade rejetait une matière d'une teinte vert-pré. Ces vomissements cessèrent à quatre heures du soir, mais toute la nuit il y eut des nausées. Dans la matinée du 18 mars, ces nausées elles-mêmes avaient cessé; une selle avait eu lieu quelques heures avant la visite. La langue, humide, était recouverte d'un enduit blanc épais. La douleur épigastrique avait disparu; il n'y avait ni soif ni nausées, le ventre était souple et indolent.

Peu de temps après la visite, les vomissements recommencèrent et ils continuèrent toute la journée.

Les dix jours suivants, l'état de la malade resta le même : chaque jour, elle vomissait plusieurs fois, soit de la bile, soit ses boissons. Une douleur habituelle existait à l'épigastre ; dans cet espace de temps une seule selle eut lieu, la langue resta blanche et humide ; il n'y avait pas de soif, et la malade sentait quelque peu le désir des aliments. Le pouls donna toujours de 96 à 100 battements par minute. De temps en temps on observait une toux sèche et rare.

Le 29 mars, des sangsues furent encore appliquées à l'épigastre. Le 1er avril, la malade se plaignit d'éprouver à cette région une douleur plus vive que de coutume ; et en la découvrant, on s'aperçut que l'épigastre et la poitrine en avant étaient le siége d'un érysipèle. Du 2 au 6 avail, cet érysipèle s'étendit et recouvrit toute la partie antérieure de la poitrine, et presque tout le ventre. A dater du moment de cet exanthème, tous les symtômes s'aggravèrent : la malade tomba rapidement dans un affaissement profond ; la langue rougit et se sécha. Puis elle se couvrit, ainsi que les lèvres et les dents, d'un enduit fuligineux, le ventre se ballonna ; la constipation persista ; les vomissements continuèrent, la matière rejetée était semblable à une bile d'un vert porracé. Le pouls s'éleva tout à coup de 96 battements à 150, et la respiration de 16 mouvements par minute à 36. Le 6, il survint un peu de délire, et la malade succomba le 7 avril à neuf heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE.

24 *heures après la mort.*

On ne trouva plus de trace de l'érysipèle qui avait déjà beaucoup pâli dans les vingt dernières heures de la vie.

On ne rencontra rien de remarquable dans le cerveau.

Quelques petits tubercules miliaires existaient au sommet du poumon droit ; les deux poumons étaient fortement engoués ; aucune adhérence n'existait dans les plèvres. Le cœur n'offrit rien autre chose à noter qu'une coloration rouge de la surface interne de ses cavités droites, coloration qui se retrouvait dans l'aorte et dans les gros troncs veineux. Le tissu du cœur était flasque et mou, des caillots mous le remplissaient.

L'estomac était ample et plein d'un liquide jaune qui en colorait la surface interne. Celle-ci ne présentait aucune trace d'injection sanguine, excepté à droite du cardia, dans le premier tiers gauche de la petite courbure ; là existait un pointillé assez vif. Cette injection était limitée à la petite courbure même, et n'atteignait pas les faces antérieure ou postérieure de l'organe. Partout la membrane muqueuse avait son

épaisseur et sa consistance ordinaires; elle était seulement un peu mamelonnée vers le pylore.

Depuis le duodénum jusqu'au rectum, on observait un développement général des follicules de Brunner; chacun d'eux avait, terme moyen, le volume d'une grosse tête d'épingle; entr'eux, la membrane muqueuse était pâle. Le gros intestin était rempli de matières denses.

Le foie n'offrit rien de particulier à noter; la rate avait deux fois son volume ordinaire, et sa consistance était diminuée. Rien de notable dans l'appareil génito-urinaire.

Nous avons vu d'autres individus chez lesquels il n'y avait plus de vomissement, mais qui, pendant les derniers mois de leur vie, avaient été tourmentés d'une dyspepsie habituelle qui avait fini par rendre chez eux toute alimentation impossible; et cependant, chez ces sujets, comme chez les précédents, nous trouvions l'estomac dans toutes les conditions de son état physiologique.

Chez tous ces malades, excepté chez un seul dont nous allons parler, le dérangement des fonctions de l'estomac se montrait comme complication de diverses affections chroniques. Chez le malade où ce dérangement existait seul, voici ce que nous observâmes.

Ve OBSERVATION.

Dyspepsie de plusieurs mois; dépérissement progressif. Aucune altération appréciable dans l'estomac ni dans aucun autre organe.

Une femme, âgée de 38 ans, entre à la Pitié dans le courant du mois d'avril 1831. Elle nous raconte que depuis six ou sept mois elle a perdu complétement l'appétit; chaque fois qu'elle introduit quelques aliments dans son estomac, elle éprouve à l'épigastre un poids insupportable, et parfois une assez vive douleur. De temps en temps elle rejette par le vomissement quelques mucosités blanchâtres. Une pression forte exercée sur l'épigastre ne détermine vers cette région aucune sensation pénible. Le reste du ventre est souple et indolent; la malade est habituellement constipée; la langue est naturelle; aucun autre organe ne présente de trouble dans ses fonctions; seulement la malade était très-maigre et d'une grande faiblesse. Elle ajouta à son récit qu'elle avait commencé à perdre l'appétit et à mal digérer, après avoir éprouvé de grands chagrins.

Nous regardâmes cette femme comme atteinte d'une gastrite chronique, et, en raison de l'aspect parfaitement naturel de la langue, nous redoutâmes l'existence d'une dégénération cancéreuse des tissus cellulaires sous-muqueux. Nous prescrivîmes du lait pour nourriture, et nous fîmes appliquer un séton sur l'épigastre.

Cette femme dépérit graduellement sous nos yeux, et finit par succomber, sans avoir présenté de nouveaux symptômes. Dans les derniers temps, elle se refusait même à prendre du lait, et elle n'ingérait autre chose dans son estomac que quelques cuillerées d'eau de gomme.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Après avoir examiné les organes contenus dans le crâne et dans le thorax, et avoir constaté leur état sain, nous procédâmes à l'examen de l'estomac dans lequel nous nous attendions à trouver des désordres graves. Quel fut notre étonnement de le rencontrer dans l'état le plus sain! La membrane muqueuse était blanche dans toute son étendue ; nulle part elle n'était modifiée ni dans son épaisseur, ni dans sa consistance ; les tissus qui lui sont subjacents n'offraient non plus aucune altération. Le reste du tube digestif n'était pas plus altéré que l'estomac.

Nulle part ailleurs nous ne trouvâmes de lésion. Nous examinâmes les nerfs trisplanchniques et pneumo-gastriques ; ils n'étaient pas plus altérés que les organes auxquels ils se distribuent.

Ainsi dans ce cas, l'anatomie fut complétement en défaut pour nous révéler la cause des symptômes et de la mort. Cet estomac, si gravement troublé dans ses fonctions, ne présentait aucun désordre dans sa texture, et nulle part l'organisation n'était pour nous déviée de son type normal.

Ce n'était donc point à une gastrite chronique qu'avait succombé cette malade : car la gastrite laisse des traces de son existence. Y avait-il ici ou névrose de l'estomac, ou atonie de cet organe? Qui pourrait le prouver? Nous savons si peu par quelle force s'accomplit la chimification, qu'il ne nous est pas donné d'apprécier toutes les causes qui l'empêchent de s'opérer.

D'un autre côté, les liens sympathiques qui unissent l'estomac aux autres organes sont si nombreux que le trouble d'un de ces organes doit nécessairement modifier les fonctions de l'estomac, sans que cette modification soit nécessairement une phlegmasie, ou même une simple irritation. Ne peut-il pas en être, à cet égard, de la membrane muqueuse gastrique comme de la peau? et, si, dans le cours de la plupart des maladies chroniques, l'enveloppe cutanée se trouve souvent si notablement modifiée dans sa sécrétion perspiratoire, folliculaire et épidémique, sans qu'elle soit pour cela le moins du monde enflammée ou irritée, pourquoi, en pareille occurrence, les fonctions de la membrane muqueuse de l'estomac ne se trouveraient-elles pas aussi plus ou moins profondément altérées? Enfin, en vertu de cette merveilleuse loi de synergie, dont l'économie nous offre de continuels exemples, il semble que les fonctions de l'estomac, dans lequel commence l'acte assimila-

teur, doivent tendre à se suspendre, par cela seul que d'autres organes de la vie nutritive (intestin grêle, poumons, foie, etc.) ont cessé eux-mêmes de remplir leurs fonctions. A quoi servirait en effet que du chyme se formât, si les transformations ultérieures de l'aliment ne pouvaient pas s'opérer, s'il ne pouvait devenir ni chyle, ni sang, ni enfin partie intégrante des tissus de l'être? Le professeur Bérard, de Montpellier, nous semble avoir exprimé cette idée avec autant d'énergie que de justesse, lorsqu'il a dit que l'économie digérait par l'estomac.

A côté de ces cas, dans lesquels les désordres fonctionnels de l'estomac ne s'expliquent par aucune altération dans la texture de cet organe, il en est d'autres où, pour expliquer ces désordres fonctionnels, l'on trouve des lésions de texture; mais rien ne démontre que ces lésions soient de nature inflammatoire.

Ainsi, bien qu'ayant précédemment établi que, dans l'estomac comme dans beaucoup d'autres organes, le ramollissement est un résultat d'inflammation, il nous semble impossible d'affirmer que tout ramollissement est réellement produit par un travail phlegmasique. Il nous semble que ce ramollissement, qui, chez plusieurs individus épuisés par des maladies chroniques, existe dans la membrane muqueuse gastrique, n'est qu'un degré de plus de la diminution de consistance que présentent, chez ces mêmes individus, soit la fibre musculaire, soit le sang lui-même extrait d'une veine (1). Certes, c'est se fonder sur une raisonnable analogie, et ne point s'écarter des lois d'une saine philosophie que d'admettre que, dans le cas où les principaux agents de la vie, le sang et le système nerveux, ne nourrissent et n'excitent plus suffisamment les organes, la force toute vitale d'agrégation par laquelle sont réunies les différentes molécules des tissus vivants, cette force, dis-je, cesse d'avoir son intensité physiologique; de là, diminution de la cohésion de ces tissus, et leur ramollissement plus ou moins considérable, depuis le degré où, comme on le dit vulgairement, *il y a flaccidité des chairs*, jusqu'à celui où, perdant les caractères de l'organisation, le solide tend à redevenir liquide. Ainsi, comme nous l'avons déjà rappelé ailleurs, la cornée transparente se ramollit et se perfore chez les animaux que l'on

---

(1) Ce n'est pas tout, et depuis les recherches récentes de M. Carswel, on ne peut plus se refuser à admettre comme démontré ce que j'avais déjà regardé comme possible dans mon *Précis d'Anatomie pathologique*, savoir : qu'un grand nombre de ramollissements de l'estomac n'ont lieu qu'après la mort, produits qu'ils sont par des causes qui n'agissent sur la muqueuse gastrique qu'après que la vie a cessé.

soumet à un régime non suffisamment réparateur. Nous avons observé quelquefois un pareil accident chez des adultes, et surtout chez des enfants parvenus au dernier degré de marasme, et chez lesquels en même temps des taches scorbutiques apparaissaient sur différents points du corps. Chez ces mêmes enfants, on rencontre aussi fréquemment un ramollissement très-remarquable des parties centrales blanches du cerveau (corps calleux, septum lucidum, voûte à trois piliers), sans que ce ramollissement donne lieu, pendant la vie, à aucun symptôme d'irritation de l'encéphale; ne serait-il pas aussi physiologique de le placer dans la classe des ramollissements par défaut de nutrition ou par diminution de vitalité? Qui oserait encore affirmer que tous les ramollissements du cœur sont un résultat de phlegmasie, ou même d'une simple irritation; c'est-à-dire, suivant la définition de M. Roche, d'une augmentation de l'action organique du cœur? Il en est de même de certains ramollissements du foie et de la rate, dont nous parlerons dans le courant de ce volume. Enfin, est-ce une inflammation ou une irritation, que le remarquable ramollissement que subissent les os chez les rachitiques (1)?

Chez d'autres individus, on ne trouve pas l'estomac ramolli, à proprement parler; mais ses tuniqnes sont notablement amincies; la membrane musculaire est réduite à quelques fibres pâles et éparses; et souvent, dans une partie plus ou moins considérable de son étendue, les parois de l'estomac ne sont plus réellement constituées que par la tunique péritonéale, sur laquelle est apposée une couche celluleuse très-mince, qui remplace la tunique veloutée. Comme les ramollissements dont nous parlions tout à l'heure, cet amincissement, soit de la seule membrane muqueuse, soit de toutes les tuniques simultanément, ne s'observe que chez les individus qui succombent dans le marasme, épuisés par une maladie chronique. Une seule fois nous l'avons observé chez une jeune fille ayant de l'embonpoint, et qui entra à l'hôpital avec les symptômes d'une méningite aiguë à laquelle elle succomba. Mais, dans ce cas, nous ignorons si, avant l'invasion de l'affection célébrale, des signes de maladie de l'estomac n'existaient pas depuis un temps plus ou moins long (2).

---

(1) *Voyez*, sur la nature et sur les causes du ramollissement des différents organes, notre *Précis d'Anatomie pathologique*.

(2) Nous avons récemment observé un cas dans lequel les parois du col, depuis son

On conçoit aussi que si, dans un certain nombre de cas, cet amincissement de l'estomac survient, comme celui des muscles, dans une période avancée de plusieurs maladies chroniques, il y a d'autres cas où ce même amincissement est la maladie primitive.

Que si quelques personnes étaient portées à ne regarder l'amincissement, l'atrophie véritable des parois gastriques, dont il vient d'être question, que comme un des nombreux résultats que peut produire, dans ses divers degrés, une phlegmasie chronique, nous leur demanderions si elles pensent aussi devoir rapporter à un travail d'inflammation l'amincissement très-considérable que subissent souvent chez les vieillards les parois osseuses du crâne (1).

Nous venons de chercher à établir, par des preuves tirées de l'anatomie, que l'estomac peut présenter dans ses fonctions un grand nombre de désordres qui ne dépendent pas d'un état phlegmasique de cet organe. Ne soyons donc pas étonnés si, chez un assez grand nombre de malades, nous voyons des symptômes plus ou moins semblables à ceux qui caractérisent la gastrite chronique, se perpétuer et s'aggraver par la continuation d'un traitement purement antiphlogistique, et céder au contraire à des médications d'une autre nature. C'est que ces symptômes ne tenaient point à une gastrite, mais à d'autres états morbides de l'estomac, dont nous sommes loin de pouvoir toujours déterminer la nature, mais contre lesquels l'expérience nous a appris à diriger certains moyens thérapeutiques.

Ainsi ce n'est certainement point une gastrite que cette affection toute particulière de l'estomac, désignée depuis longtemps sous le nom d'*embarras gastrique*. Quelle est sa nature intime? nous l'ignorons; mais ce dont nous ne pouvons douter, c'est que cette affection, lorsqu'elle existe réellement, résiste aux émissions sanguines, et cède aux excito-cathartiques.

Nous ne comptons plus les cas où, soit à l'hôpital, soit en ville, nous avons vu, à la suite d'évacuations provoquées par en haut ou par en bas, la santé se rétablir chez des individus chez lesquels son dérange-

---

origine jusqu'au rectum, n'étaient plus constituées que par une toile mince, qui n'offrait plus d'autre tissu qu'une trame celluleuse que parcouraient quelques vaisseaux.

(1) M. le docteur Gendrin (*Histoire anatomique des Inflammations*, tom. 1) a déjà très-bien démontré comment de l'atrophie simultanée de plusieurs des éléments anatomiques qui entrent dans la composition des parois de l'estomac, doit résulter l'amincissement de la membrane muqueuse de cet organe, et des tuniques subjacentes.

ment était annoncé par les signes suivants : depuis huit ou quinze jours à un mois, ils n'avaient plus d'appétit ; la bouche était habituellement mauvaise, la langue, large, pâle à sa pointe et sur ses bords, était couverte d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre, *sans que cet enduit fût pointillé de rouge ;* les selles étaient irrégulières, tantôt rares et très-consistantes, tantôt plus fréquentes et molles ; souvent une sensation de gêne, de pesanteur, existait à l'épigastre, et, chez quelques-uns, des nausées avaient lieu. De plus, il y avait un malaise général plus ou moins prononcé, un sentiment de fatigue habituel, la face était jaune, *tirée* ; les yeux battus ; la tête était souvent douloureuse. Nous avons vu plusieurs fois cet ensemble de symptômes résister à des applications de sangsues, ou simplement à la diète, à l'usage des boissons délayantes, et être ensuite rapidement enlevé par un vomitif ou un purgatif. Existe-t-il, en pareil cas, des *saburres* dans les voies digestives ? Y a-t-il une modification vicieuse de la sécrétion du mucus gastro-intestinal, soit dans sa quantité, soit dans ses qualités ? Les forces inconnues dont le concours est nécessaire pour l'accomplissement de la digestion sont-elles altérées ? et en excitant d'une certaine manière le tube intestinal et ses annexes, les vomitifs et les purgatifs rétablissent-ils ces forces ? Changent-ils d'une manière avantageuse le mode de sécrétion du foie et du pancréas ? Nous l'ignorons ; mais ce qui est pour nous hors de doute, c'est le bon effet de ce genre de médication dans les cas que nous venons de signaler, et dans ces mêmes cas l'inutilité des antiphlogistiques. (*Voyez* le précédent volume.)

Avant de passer à d'autres ordres de faits, nous citerons un cas dans lequel une très-forte céphalalgie, liée à des symptômes d'embarras gastrique, inutilement combattue par des saignées, disparut à la suite d'évacuations par haut et bas, spontanément établies.

VIe OBSERVATION.

Signes d'embarras gastrique et intestinal ; céphalalgie. Emploi inutile des émissions sanguines. Guérison à la suite d'évacuations bilieuses spontanées par haut et par bas.

Un bandagiste, âgé de 22 ans, ressentait depuis près de trois semaines une céphalalgie frontale très-pénible et de fréquents étourdissements, lorsqu'il entra à la Charité. Depuis ce même espace de temps il avait une anorexie complète, la bouche amère et une forte constipation.

Lorsque nous le vîmes, la face était fatiguée ; la langue, couverte d'un enduit blanchâtre uniforme, était exempte de toute rougeur ; l'abdomen était partout souple et

indolent; le pouls avait un peu de fréquence, sans que la peau fût chaude. Depuis la veille, le malade avait éprouvé des étourdissements assez forts pour l'empêcher de se baisser ou de marcher, de crainte de perdre connaissance ; il comparait sa douleur de tête à la sensation que produiraient sur son front de violents coups de marteau. Huit sangsues furent appliquées de chaque côté du cou, et le surlendemain une saignée du bras fut pratiquée (le sang, sorti par une large ouverture, se réunit en un large caillot sans couenne). Aucun amendement n'eut lieu. Pendant les trois jours suivants, pédiluves, lavements, tisanes délayantes ; pas de soulagement.

Sept jours après son entrée, l'état du malade était encore à peu près le même ; douze nouvelles sangsues appliquées au cou ne le modifièrent pas.

Du huitième au neuvième jour, un mois environ après que la santé de cet individu avait commencé à se déranger, il vomit spontanément une grande quantité de bile verdâtre, et dans la journée il alla plusieurs fois à la selle : les évacuations alvines étaient formées par une matière très-jaune et liquide ; elles avaient lieu sans douleur. Dans la soirée, la céphalalgie, les étourdissements étaient sensiblement diminués ; le lendemain, ces phénomènes morbides n'existaient plus. Les trois jours suivants, une diarrhée bilieuse abondante eut lieu, puis elle s'arrêta spontanément comme elle avait commencé. Dès lors la langue se nettoya, le mauvais goût de la bouche disparut, l'appétit se rétablit, et le malade ne tarda pas à sortir.

Dans ce cas, ne peut-on pas raisonnablement se demander si de pareilles évacuations, artificiellement provoquées, n'avaient pas hâté le moment du retour à la santé ?

Il est un autre état morbide de l'estomac, qui ne se traduit plus par les mêmes symptômes que le précédent, qui s'exaspère, comme lui, par le traitement antiphlogistique proprement dit, et qui, cédant à des moyens éminemment toniques, peut être considéré comme un état d'asthénie de cet organe.

Cet état d'asthénie peut succéder à une gastrite chroniqne, et en être une des terminaisons ; nous l'avons déjà prouvé. Il peut être primitif, sans se trouver lié à aucune autre affection, et sans qu'aucune cause appréciable lui ait donné naissance. Enfin il est quelquefois sous la dépendance de la débilitation générale qui a frappé toute l'économie, et il succède à des causes qui ont affaibli celle-ci d'une manière plus ou moins profonde ; c'est ainsi qu'il se montre assez souvent à la suite d'excès vénériens, et surtout de la masturbation.

Les individus chez lesquels le dérangement des fonctions de l'estomac tient à un état d'asthénie de cet organe, ne peuvent pas manger sans éprouver vers l'estomac une sensation pénible qui n'est pas identique chez tous. Les uns accusent alors à l'épigastre une pesanteur qui leur est très-incommode ; les autres éprouvent à cette même région comme

un sentiment de tension ou de gonflement, d'autres se plaignent surtout d'étouffer. Tant que la digestion se fait, ils éprouvent un accablement général, et plusieurs s'endorment. La nature des aliments exerce une grande influence sur la facilité plus ou moins grande avec laquelle ils digèrent : ainsi, la digestion du laitage, des légumes, des viandes blanches, et surtout du veau, affecte beaucoup plus péniblement leur estomac que celle du mouton ou du bœuf. Ils se trouvent beaucoup mieux de boire à leurs repas de l'eau rougie par du vin que de l'eau pure ; celle-ci leur occasionne souvent un sentiment de pesanteur que le vin dissipe. Au lieu d'eau simple, on peut alors ajouter au vin, avec beaucoup d'avantage, de l'eau de Seltz ou de l'eau de Vichy. Chez quelques individus il devient nécessaire de donner à la fin de chaque repas quelques cuillerées de vin d'Espagne, ou du vin de quinquina. Le succès de ce régime éclaire singulièrement la nature de l'affection gastrique. Du reste, en pareil cas, la langue est sans rougeur ; elle est pâle à son pourtour comme à son centre ; hors le temps des digestions, l'épigastre est indolent ; quelquefois cependant il se remplit d'une grande quantité de gaz qui le distendent, et sont la cause de douleurs momentanées. Les malades n'éprouvent pas de soif, ils n'ont pas faim à proprement parler, et ils sont plutôt avertis du besoin de prendre des aliments, soit par une sorte de sensation pénible qu'ils éprouvent à l'épigastre, soit par un malaise général dont leur propre expérience leur révèle la cause, soit par une sorte de sentiment de défaillance. Il existe ordinairement une constipation opiniâtre, et les selles sont souvent décolorées. Dans quelques cas, de doux purgatifs sont nécessaires pour vaincre cette constipation ; leur usage répété avec prudence régularise les selles, leur rend une meilleure couleur, et en même temps l'estomac lui-même s'en trouve mieux ; nous avons employé en pareil cas avec avantage l'infusion de rhubarbe ; nous nous garderions d'employer les purgatifs huileux, que l'estomac supporterait beaucoup plus difficilement. Quelquefois la diarrhée a lieu par l'usage des légumes et des viandes peu faites. Ce n'est souvent qu'avec beaucoup de lenteur que les forces digestives reviennent à leur état normal. Il ne suffit plus alors d'aider le travail de la digestion par une alimentation plus stimulante ; il faut encore administrer un certain nombre de médicaments qui agissent dans le même sens. Les différentes préparations de quinquina nous paraissent en pareil cas éminemment convenables ; non-seulement elles ont sur l'estomac lui-même une heureuse influence, mais encore elles modifient

d'une manière favorable le reste de l'économie, lorsque celle-ci participe à la débilité qui a frappé l'estomac. Il arrive quelquefois que celui-ci est déjà revenu à l'intégrité de ses fonctions, et que cependant, bien que la digestion s'accomplisse en apparence d'une manière parfaite, l'embonpoint et les forces ne reviennent pas. On pourrait croire alors qu'il existe dans quelque organe une lésion profonde qui échappe à notre investigation, et qui épuise peu à peu le malade. C'est ce que nous étions portés à admettre chez un jeune homme auquel nous avons donné nos soins pendant l'hiver de 1835. Atteint d'abord d'une affection qui fut regardée comme une irritation gastrique, il fut longtemps soumis à un régime très-ténu; le lait formait sa nourriture à peu près exclusive. Cependant il arriva un moment où le lait cessa de pouvoir être digéré, et comme son usage fut néanmoins continué encore pendant quelque temps, le malade, qui n'introduisait plus dans son estomac qu'un aliment qui avait cessé d'être assimilé, tomba rapidement dans le dernier degré du marasme et de la faiblesse. Cependant la langue était naturelle, et il y avait absence complète de fièvre; mais le malade dépérissait si rapidement, qu'on pouvait craindre une prochaine catastrophe: c'est dans cet état de choses, que l'alimentation fut changée: au lieu de lait et de fécules préparées à l'eau, il prit des gelées de viandes, du poulet, et bientôt on lui accorda du mouton; tous ces aliments furent parfaitement digérés; on en continua donc l'usage, et bientôt le malade arriva à prendre une nourriture très-substantielle, sans que l'estomac en souffrît le moins du monde. Cependant l'état général ne s'améliorait pas; la maigreur restait la même, et la faiblesse ne diminuait pas. Nous exigeâmes que le malade, qui croyait augmenter ses forces en sortant en voiture et en marchant dans son appartement, ne sortît plus; nous exigeâmes aussi de lui qu'il se tînt dans le plus grand repos possible; qu'il prît tous ses repas dans son lit, et qu'il y restât immobile pour digérer; car nous pensions qu'il fallait ménager ses forces de toutes les façons. En même temps nous lui fîmes prendre tour à tour une infusion de quinquina, du vin de Séguin, du sulfate de quinine par bouche et en lavement à la fois, des pilules composées de musc, d'extrait de gentiane et de sous-carbonate de fer; plusieurs fois par jour des frictions stimulantes étaient pratiquées sur les membres et sur le tronc. Nous ne découvrions dans aucun organe de trace de lésion, et nous aimions à penser que peut-être il n'y avait là qu'une asthénie de nutrition. Pendant près de deux mois, durant lesquels la digestion ne cessa

pas un seul instant d'être excellente, l'état général ne subit aucune amélioration; vers la fin de ce laps de temps, les jambes s'infiltrèrent, et nous reconnûmes un commencement d'ascite; nous commençâmes alors à nous décourager, et nous redoutâmes qu'une altération latente du foie ne fût la cause de ce commencement d'hydropisie. Nous persistâmes néanmoins dans l'usage du traitement tonique, et enfin le moment arriva où un peu moins de maigreur et de faiblesse nous avertit que les organes commençaient à s'assimiler les matériaux nutritifs que l'estomac leur envoyait. Dès que le malade commença à être un peu plus fort, nous le fîmes sortir en voiture, en lui recommandant bien d'éviter toute fatigue. Peu à peu l'embonpoint et les forces revinrent, et aujourd'hui il est complétement rétabli.

Ne semble-t-il pas que, dans ce cas, la lésion essentielle porta sur la force en vertu de laquelle les tissus vivants s'assimilent les matériaux destinés à réparer leurs pertes? Vainement l'estomac avait recouvré la faculté de digérer les substances les plus éminemment réparatrices : l'économie n'en profitait pas. Il est à remarquer que, tant que la maladie resta stationnaire, les urines présentèrent un dépôt très-abondant constitué par de l'acide urique et par beaucoup de sels calcaires. Ce dépôt diminua, dès qu'un peu de mieux commença à se prononcer. Étaient-ce les matériaux nutritifs fournis par les aliments qui, au lieu de s'assimiler aux organes, se séparaient du sang à l'intérieur des veines? On sait que, lorsqu'il y a exubérance dans les matériaux de nutrition, l'urine se charge d'acide urique et de phosphates. Ici n'y avait-il pas exubérance relative?

Voici un autre fait dans lequel le trouble des fonctions de l'estomac nous paraît encore avoir été causé par un état d'asthénie de cet organe, et où cette asthénie était aussi sous la dépendance de l'état général de l'individu, et en particulier de l'état de son innervation, sur laquelle la cause de la maladie avait dû d'abord agir.

VII[e] OBSERVATION.

Symptômes de gastrite chronique; céphalée. Pas d'amélioration par le traitement antiphlogistique et la diète. Nourriture plus substantielle : guérison.

Un jeune homme de 20 ans environ, bien constitué, jouissait d'une bonne santé, lorsqu'il s'adonna avec fureur à la masturbation. Un certain temps après qu'il eut commencé à contracter cette funeste habitude, ses digestions, faciles jusqu'alors, se

dérangèrent : il sentait, après avoir mangé, une pesanteur incommode à l'épigastre, en même temps dépérissement, et bientôt apparition d'une céphalalgie frontale qui était très-pénible pour le malade. Ces accidents duraient déjà depuis quelques mois, lorsqu'un médecin fut consulté ; effrayé du mauvais état de sa santé, M...., ne se livrait plus à la masturbation, et cependant les fonctions de l'estomac ne se rétablissaient pas ; la céphalalgie persistait. Il fut regardé comme atteint d'une gastrite chronique ; en conséquence, un régime sévère, une diète presque absolue furent prescrits, et plusieurs fois des sangsues furent appliquées l'épigastre : aucun succès ne suivit ce traitement; la douleur de tête ne diminuait pas, non plus que l'embarras des digestions. Nous changeâmes alors de médication ; le malade prit une nourriture plus substantielle ; on lui prescrivit l'usage de jus de viandes et de côtelettes. Très-peu de temps après qu'il eut commencé ce nouveau régime, la céphalalgie disparut, la pesanteur épigastrique cessa de se faire sentir, et M.... fut bientôt rendu à une santé parfaite (1).

De ce fait il nous semble qu'on peut conclure que les symptômes gastriques qui suivent si souvent les excès vénériens, et la masturbation en particulier, ne doivent pas être considérés comme dus constamment et nécessairement à une irritation de l'estomac. Le cas que nous venons de citer nous porte au contraire à penser que, loin que l'estomac soit alors irrité, il est réellement affaibli ; il cesse de recevoir la part d'influx nerveux qui lui est nécessaire pour l'accomplissement normal de ses fonctions. Ce qu'il y a de certain, c'est que ces excès vénériens ont pour effet de diminuer l'énergie du système nerveux, d'affaiblir ou de dépraver l'influence de ce système sur les divers organes de la vie animale et nutritive. Pourquoi la force digestive ne s'affaiblirait-elle pas aussi dans ce cas, comme s'affaiblissent les forces musculaires, les facultés intellectuelles et sensoriales? Cela ne veut pas dire qu'en pareille occurrence des inflammations ne puissent naître ; nous croyons au contraire que, par cela même qu'il y a modification de l'action normale des centres nerveux, il y a facilité plus grande à ce que ces différents organes deviennent le siége de congestions, d'irritations, de véritables phlegmasies ; mais, d'une part, il ne faut pas croire que tous les accidents qui surviennent alors ne puissent être causés que par elle ; et, d'autre part, il ne faut pas oublier que, lors même qu'elles existent, leur traitement doit être modifié en raison des conditions particulières de l'organisme au milieu desquelles ces phlegmasies se sont déclarées.

Dans l'observation qu'on vient de lire, il est bien clair que ce n'est point au seul éloignement de la cause déterminante de la maladie que fut due la guérison; car, depuis longtemps déjà, le jeune homme ne se masturbait plus, et cependant le trouble des fonctions digestives persistait ; nous ne doutons pas que ce trouble n'ait été entretenu par le traitement débilitant auquel on soumit d'abord le malade.

A côté de ces cas dans lesquels le trouble des fonctions de l'estomac semble dépendre d'un état d'asthénie de cet organe, il en est d'autres où celle-ci ne peut plus être aussi bien démontrée, et où l'on est convenu de rapporter les accidents gastriques à une névrose. Tel est le cas suivant.

Une jeune dame, pour laquelle nous avons été consulté pendant l'hiver de 1833, avait eu plusieurs fois dans sa vie des accidents assez graves du côté de l'estomac. Lorsque nous la vîmes, elle ne pouvait plus digérer aucun aliment, sans ressentir de vives douleurs à l'épigastre. Bientôt elle renonça à toute espèce de nourriture ; l'eau de poulet, le lait coupé, ne pouvaient plus être supportés ; des vomissements s'établirent,

---

(1) On peut lire des faits plus ou moins semblables à celui qui vient d'être cité, dans un bon travail sur la gastralgie nerveuse, publié par le docteur Barras.

et la malade était tombée dans un tel état de faiblesse et de maigreur, qu'on pouvait la regarder comme vouée à une mort prochaine. La langue conservait son aspect naturel. Au milieu de cette faiblesse croissante, la malade était tourmentée par le sentiment d'une faim très-vive, mais vainement essayait-on de la satisfaire. Les aliments très-légers qu'on lui donnait (*bouillon de grenouille ou de poulet*, *fécules à l'eau ou au lait coupé*, *fragments d'échaudés*) étaient rejetés par le vomissement ; ou, s'ils étaient gardés, leur digestion était pour la malade la cause d'un état d'angoisse difficile à décrire. M. Récamier, qui fut alors consulté, pensa que des affusions froides pourraient être utiles, et il crut pouvoir faire espérer que, dès qu'on aurait commencé à en faire usage, les digestions se rétabliraient, et que la malade supporterait de bon bouillon de bœuf dans lequel on tremperait du pain. MM. Bourdois, Lerminier et moi nous acceptâmes la proposition de M. Récamier.

La malade étant assise dans une baignoire vide, on versa pendant cinq minutes sur tout son corps de l'eau à 22° R. Elle supporta très-bien cette première affusion ; mais replacée dans son lit, elle se sentit si mal à son aise, qu'elle se refusa à prendre aucune espèce d'aliment. Le lendemain, l'affusion fut recommencée, et cette fois l'on força véritablement la malade à prendre, immédiatement après, un assez fort morceau de pain dans du bouillon de bœuf ; il fut bien digéré. Les affusions furent continuées, et après chacune d'elles, on faisait prendre à la malade un repas de plus en plus substantiel ; elle fut très-promptement en état de digérer une côtelette de mouton ; les forces se rétablirent parfaitement, et ainsi disparut une affection qui nous avait paru assez grave pour que nous eussions annoncé à la famille une terminaison prochainement funeste.

La région de l'estomac devient quelquefois le siége de douleurs très-vives, qui, ne s'accompagnant d'aucun autre accident grave, semblent encore appartenir à un simple trouble de l'innervation. C'est ainsi que nous avons eu occasion de voir une jeune fille, éminemment hystérique, qui de temps en temps ressentait tout à coup, un peu au-dessous de l'appendice xiphoïde, une douleur déchirante, qui, abandonnée à elle-même, durait ordinairement une trentaine d'heures, et qui se calmait beaucoup plus tôt lorsqu'on faisait prendre à la malade une potion dont les parties actives étaient de l'éther et du laudanum de Rousseau. Cette jeune fille avait d'ailleurs un très-bon estomac, et à peine sa douleur avait-elle disparu, qu'elle se mettait à manger comme de coutume, sans qu'il en résultât pour elle aucun inconvénient.

Nous avons connu une autre femme, âgée d'une cinquantaine d'années, chez laquelle un lumbago, qui la tourmentait habituellement, était de temps en temps remplacé par une douleur vive à l'épigastre ; celle-ci durait pendant quelques jours, puis elle disparaissait spontanément, et les reins redevenaient douloureux.

Un homme nous consulta, dans le courant de l'été 1835, MM. Chomel, Marjolin et moi, pour une maladie singulière dont voici les principaux traits :

Cet individu, âgé d'une soixantaine d'années, très-fortement constitué, et ayant toujours mené une vie sobre et régulière, ressentit pour la première fois, il y a une douzaine d'années, une douleur vive, à l'épigastre. Cette douleur dura plusieurs heures, et disparut avant qu'elle ne se fût montrée ; le malade n'avait jamais éprouvé le moindre malaise du côté de l'estomac ; à peine eut-elle cessé, qu'il put digérer aussi parfaitement qu'auparavant. Depuis cette époque, cette même douleur a reparu un grand nombre de fois, à des intervalles plus ou moins éloignés. Pendant un certain temps, elle est revenue d'une manière périodique, affectant régulièrement le type tierce ; à une autre époque, elle s'est montrée plusieurs fois de suite tous les huit jours ; le plus souvent, elle n'a affecté rien de régulier dans ses retours. Sa durée est très-variable : tantôt il ne s'écoule pas une heure entre le moment de son apparition et celui de sa terminaison, tantôt elle se prolonge pendant douze à trente heures ; une fois elle a per-

sisté plus de cent heures, et ce grand accès a été suivi d'un ictère ; c'est la seule fois que quelque trouble ait apparu du côté de l'appareil biliaire. Bien des fois cette douleur est revenue sans aucune cause à laquelle on pût en attribuer le retour; dans d'autres circonstances, des travaux intellectuels ou des éruptions vives ont semblé exercer une influence sur sa réapparition : assez souvent, au moment où elle cesse, le malade vomit une certaine quantité de mucosités limpides, dont l'expulsion semble le soulager. Nous avons été témoin d'un de ces accès : le malade, assis dans son lit, le tronc incliné en avant, exprimait par des cris la douleur atroce qu'il éprouvait; cette douleur avait son siége immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde ; elle ne s'étendait pas dans les hypocondres, et en bas elle ne régnait pas jusqu'à l'ombilic. La pression ne l'augmentait pas sensiblement. La figure était pâle, et les traits avaient subi une altération profonde ; la peau, froide, était couverte d'une sueur visqueuse ; le pouls, très-petit, ne battait pas cinquante fois par minute. Nous fîmes prendre au malade de l'acétate de morphine sous forme pilulaire. Cet accès ne fut pas très-long. Le lendemain matin, le malade était revenu à son état de santé habituel qui était excellent : il avait bon appétit, et il put faire ses repas ordinaires. Il était bien évident que, hors le temps des accès, il n'y avait chez le malade aucun organe en souffrance. Existait-il chez ce malade une névralgie, soit des pneumo-gastriques, soit du plexus solaire? Les différents remèdes calmants et antispasmodiques paraissaient être les plus convenables, et ce furent ceux que nous conseillâmes au malade. Cependant, quelques mois après, et à la suite d'une crise des plus violentes, le malade expulsa par le fondement un calcul de moyen volume ; depuis ce moment il est bien.

Il est un autre symptôme, qui, dans certains cas, paraît lié à un simple trouble nerveux de l'estomac ; c'est le vomissement. Déjà nous avons cité plus haut l'observation remarquable d'une femme chez laquelle des vomissements abondants et prolongés ne s'expliquèrent par aucun désordre appréciable dans la texture de l'estomac. Nous avons rencontré quelques autres individus chez lesquels le vomissement ne paraissait pas non plus être lié soit à une gastrite, soit à toute autre altération organique de l'estomac. Nous avons vu, par exemple, deux femmes, âgées l'une et l'autre de vingt-sept à trente ans, qui eurent pendant assez longtemps des battements de cœur assez violents pour qu'ils fissent redouter chez elle l'existence actuelle ou future d'un anévrysme du cœur. Cependant ces palpitations disparurent, et il ne resta plus aucun trouble du côté de l'appareil circulatoire. Mais chez toutes deux, assez peu de temps après que tout fut rentré dans l'ordre du côté du cœur, il survint des vomissements qui bientôt se répétèrent, chaque fois qu'elles essayaient de prendre quelques aliments. Ces vomissements persistèrent, chez l'une pendant vingt jours et chez l'autre pendant près de deux mois. Celle-ci, réduite au dernier degré du marasme, semblait destinée à succomber prochainement. Chez toutes deux cependant ces opiniâtres vomissements disparurent; des substances solides, telles que des biscotes et des échaudés, purent être gardées à une époque où le lait et le bouillon de poulet étaient rejetés; il n'y eut presque pas d'intervalle entre l'époque où les vomissements cessèrent, et celle où leur estomac put impunément digérer toutes choses. Aussi leur rétablissement fut-il très-prompt. Pendant toute la durée de leur maladie, la langue était toujours restée naturelle, l'épigastre indolent, et le pouls sans fréquence ; le sentiment de la faim avait aussi été toujours conservé. Ce ne sont là certainement ni les symptômes, ni la marche, ni le mode de terminaison d'une gastrite.

Dans ces deux cas, le sous-nitrate de bismuth nous parut être le médicament qui contribua le plus à la cessation du vomissement. Avant lui, l'opium avait été employé sans aucun succès ; nous avions d'abord saupoudré la surface d'un vésicatoire d'acétat de morphine, puis nous l'avions donné à l'intérieur.

Indépendamment de tous ces désordres fonctionnels de l'estomac qui reconnaissent

tant de causes diverses, et qui fondent autant de maladies de natures diverses, cet organe peut-il encore s'affecter sous l'influence d'une cause toute spécifique, telle que le virus vénérien ? Peut-il se présenter des cas où les symptômes d'une affection gastrique disparaissent sous l'influence des préparations mercurielles ? Nous posons ces questions, sans pouvoir les résoudre, à propos des deux observations suivantes ; elles nous paraissent dignes de toutes vos méditations. La première appartient à mon père qui l'a recueillie dans sa pratique.

VIIIe OBSERVATION (1).

Affection de l'estomac, présentant tous les symptômes d'une lésion organique de ce viscère, guérie pendant l'emploi d'un traitement mercuriel.

Une femme, âgée de 29 ans, née d'un père mort d'une affection organique de l'estomac, mariée à l'âge de 17 ans, et ayant eu quatre enfants dans les cinq premières années de son mariage, contracta, il y a trois ans, une blennorrhagie, qui, après avoir été traitée dans son état aigu par des boissons adoucissantes, des bains et quelques injections calmantes, fut ensuite supprimée par l'usage de la potion astringente connue sous le nom de potion de Choppart.

Tout écoulement avait cessé ; la malade ne présentait aucun symptôme général ou local qui pût déceler l'existence du virus syphilitique ; elle assurait n'avoir jamais joui d'une aussi florissante santé ; de temps en temps seulement se montraient aux grandes lèvres quelque boutons, qui disparaissaient promptement par l'usage des bains et de quelques lotions d'eau de guimauve. Leur réapparition fréquente fixa mon attention ; soigneusement examinés, ils me semblèrent offrir un aspect dartreux. La malade fut mise à l'usage de bouillons rafraîchissants, et elle prit vingt bains de Barrége ; depuis cette époque les boutons ne parurent plus. Pendant deux ans, je continuai à voir cette dame très-souvent, et j'atteste que sa santé ne fut pas altérée un instant. Au bout de ces deux ans, madame..... fut en proie à de vives émotions morales ; sa vie domestique fut traversée par des chagrins de toute espèce. Dès ce moment, madame..... commença à perdre son embonpoint ; son visage se décolora, son teint devint plombé, livide ; bientôt se déclarèrent les plus graves symptômes du côté des voies digestives ; l'appétit se perdit ; les aliments introduits dans l'estomac causaient une sensation douloureuse dont la malade rapportait le siége au-dessous de l'appendice xyphoïde ; ils étaient quelquefois rejetés peu d'heures après leur ingestion. La région épigastrique, palpée avec soin, ne présentait aucune tumeur ; elle était sensible à la pression ; des éructations violentes avaient lieu ; la langue était habituellement blanchâtre ; les selles étaient naturelles, le pouls présentait rarement de la fréquence, la peau était aride ; les règles revenaient chaque mois comme de coutume, mais beaucoup moins abondamment. Tout, chez cette malade, semblait annoncer l'existence d'une gastrite chronique. Aucun symptôme ne pouvait faire soupçonner que le foie fût atteint. Des sangsues furent fréquemment appliquées sur l'épigastre ; plusieurs fois elles parurent diminuer la sensibilité de l'estomac. Cette région fut couverte de fomentations émollientes ; on essaya l'emplâtre émétisé, des vésicatoires volants sur l'épigastre ; un cautère fut appliqué au bras ; la glace, apposée sur l'épigastre, suspendit souvent les vomissements ; à l'intérieur, toute espèce d'opiacé était promptement vomie ; la malade ne prenait que des boissons émollientes.

---

(1) Recueillie dans la pratique de mon père, et rédigée d'après ses notes.

Malgré tous les efforts de l'art, la maladie faisait d'effrayants progrès. Quatre mois après l'apparition des premiers symptômes, des vomissements journaliers avaient lieu ; toute espèce d'aliment solide ou liquide était en grande partie rejetée peu de temps après son introduction dans l'estomac ; le lait d'ânesse était la seule boisson nutritive qui pût encore être digérée.

On désespérait de pouvoir suspendre plus longtemps la marche de cette déplorable affection, lorsqu'un jour la malade se plaignit d'une chaleur incommode à la gorge et d'une difficulté d'avaler. L'inspection des parties fit découvrir sur la paroi postérieure du pharynx une ulcération peu large et arrondie, dont l'aspect se rapprochait assez des ulcères syphilitiques ; il n'existait aucun autre symptôme vénérien. On se demanda alors s'il n'était pas possible d'admettre que l'affection de l'estomac, qui allait entraîner la malade au tombeau, fût due à un vice syphilitique. Quelque hasardeuse que fût cette idée, je m'y attachai, parce que c'était la seule chance de salut qui restât encore à la malade, et qu'en tout état de choses les inconvénients d'un traitement antivénérien dirigé avec prudence ne pouvaient pas être mis en balance avec les avantages qui en résulteraient s'il était bien appliqué.

Je conseillai, en conséquence, l'usage des pilules mercurielles, dont chacune contenait un huitième de grain de deutochlorure de mercure. Je fis commencer par une pilule, qui fut prise le soir ; je les fis augmenter une par une, moitié le matin, moitié le soir, jusqu'au nombre de six seulement. Je faisais boire le matin quelques tasses d'eau d'orge coupée avec le lait, que la malade ne vomissait pas toujours ; ce traitement fut continué pendant quarante jours. Dans les premiers temps, aucune amélioration sensible n'eut lieu ; mais du moins est-il certain que le mercure introduit dans l'estomac n'aggrava point les anciens accidents gastriques, et que l'état de la malade n'empira pas. Vers le vingt-cinquième jour, les vomissements devinrent moins fréquents ; l'estomac parut digérer un peu mieux ; les forces semblaient se relever ; la teinte de la face était moins plombée. Du trentième jour, l'amélioration ne put être révoquée en doute ; elle était surtout marquée par la rareté des vomissements.

Encouragé par ce succès, j'associai alors à ce traitement l'usage des frictions ; on frictionna d'abord tous les trois jours, puis tous les deux jours, les extrémités inférieures, avec un gros seulement d'onguent mercuriel double. Après la douzième friction, l'état de la malade n'était plus reconnaissable. Les vomissements avaient cessé ; les aliments pouvaient être introduits sans douleur dans l'estomac ; la région épigastrique était souple, indolente; la peau avait perdu son aridité ; le visage reprenait sa fraîcheur, et bientôt la malade recouvra toute la plénitude de sa santé.

Un des plus honorables et des plus savants praticiens de la capitale, M. Marc, nous a fait voir récemment un malade qui, à plusieurs égards, peut être rapproché des précédents.

Un acteur d'un des théâtres de Paris, âgé de 40 ans environ, avait eu plusieurs fois des symptômes de maladie syphilitique, blennorrhagie, chancres, tuméfaction des ganglions inguinaux, gonflement de diverses parties du périoste, douleurs ostéocopes, pustules cutanées : il n'avait jamais subi aucun traitement suivi. Lorsqu'il consulta M. Marc, il était dans le plus déplorable état de dépérissement : face très-pâle, exprimant la souffrance ; joues excavées, grande maigreur ; épuisement des forces tel, que c'est avec beaucoup de peine que le malade peut marcher dans sa chambre, et qu'il ne peut plus descendre l'escalier de la maison qu'il habite ; petite toux sèche, fréquente, avec enrouement de la voix, et légères douleurs au larynx ; respiration courte, précipitée ; langue un peu rouge ; anorexie, douleur épigastrique ; vomissements fréquents ; selles naturelles, douleurs très-vives et profondes dans les membres ; tuméfaction douloureuse vers le milieu de la face interne du tibia, paraissant dépendre d'un gonflement du périoste.

D'après l'ensemble des symptômes qui viennent d'être énumérés, cet individu semblait être atteint d'une double phlegmasie chronique de l'estomac et des bronches, et l'on pouvait très-fortement soupçonner chez lui l'existence de tubercules pulmonaires ou en redouter le développement. Cependant, nous auscultâmes sa poitrine avec M. Marc, et ce mode d'investigation, non plus que la percussion, ne nous découvrit aucune lésion organique de l'appareil respiratoire. Depuis longtemps le malade avait été soumis à toutes les variétés du traitement antiphlogistique sans en retirer aucun avantage. Dans cet état de choses, M. Marc se demanda si ce n'était pas là une *phthisie vénérienne;* et après en avoir délibéré avec nous, il commença l'usage des frictions mercurielles : celles-ci furent continuées pendant un certain temps ; de la tisane de salsepareille fut donnée à l'intérieur. Peu à peu les forces se rétablirent, la face prit un aspect plus naturel, l'embonpoint revint ; les phénomènes morbides fort inquiétants qui existaient du côté des poumons et de l'estomac disparurent ; et au bout de trois mois d'un traitement pendant lequel le mercure agit assez énergiquement pour provoquer la salivation, la santé de M..... était rétablie.

Quelle que soit la cause à laquelle on veuille rapporter les symptômes gastriques présentés par ces deux malades, et de plus les accidents très-graves que le second éprouvait du côté de la poitrine, toujours est-il que des deux faits qui viennent d'être cités, pourra être tirée la conclusion que des symptômes semblables à ceux qui annoncent une lésion organique de l'estomac ou des poumons peuvent disparaître, en même temps qu'on administre un médicament qui, comme le mercure, devrait, au contraire, exaspérer ces symptômes, si la lésion organique, que semblent indiquer ces derniers, existait réellement. Cette lésion est d'ailleurs le terme commun vers lequel tend à aboutir toute affection, qui, par sa persistance dans un tissu, en modifie plus ou moins la nutrition. Ainsi, il nous paraît démontré que le trouble de la digestion qui se manifeste à la suite d'émotions morales vives, de fatigues intellectuelles, d'excès de masturbation, est dû à la suspension, ou mieux à la perversion que subit dans sa manière d'être la portion du système nerveux qui, dans l'état normal, préside à l'acte de chymification. Ce n'est donc pas là d'abord une phlegmasie ; mais il n'en est pas moins vrai que si cette perversion de l'innervation se prolonge, la nutrition des divers tissus de l'estomac se dérange, des congestions s'y établissent, et ce qui n'était d'abord qu'une névrose se transforme en une profonde lésion organique. C'est ainsi que beaucoup de cancers d'estomac reconnaissent pour origine des émotions morales ; c'est encore ainsi que des vomissements calmés dans les premiers temps de leur existence par des opiacés, et semblant être alors purement nerveux, changent plus tard de caractère, et deviennent symptômatiques d'une véritable gastrite. En pareil cas, il ne nous paraît pas que ce soit seulement une même maladie qui, dans ses divers degrés, se nuance dans ses symptômes et dans son traitement : il nous semble qu'il y a véritablement transformation d'une maladie en une autre. Il nous paraît peu physiologique de ne voir, dans toute altération des fonctions de l'estomac, qu'un résultat d'irritation qui ne varie que par ses degrés. L'on ne songe alors qu'à combattre la phlegmasie par des évacuations sanguines, et l'on oublie que souvent cette phlegmasie est elle-même un effet, et que, par les saignées, on ne combat en aucune manière la cause qui la produit. C'est cette cause qu'il s'agirait surtout de chercher, de trouver et de combattre. Ainsi ont raisonné les médecins qui ont soigné les deux derniers malades dont nous avons rapporté l'histoire, et ils ont réussi. S'il est vrai d'ailleurs que les ulcérations de la peau, de la membrane muqueuse buccale et pharyngienne, reconnaissent pour cause le virus syphilitique (1), et qu'on leur oppose avec succès un traitement

---

(1) Nous prions le lecteur de remarquer que le succès du traitement mercuriel, en

mercuriel, nous ne voyons pas pourquoi des ulcérations, ou autres lésions des parties plus profondes des membranes muqueuses, ne pourraient pas aussi reconnaître la même cause, et ne céderaient pas au même mode de traitement. Des observations nombreuses et bien faites peuvent seules décider cette question; or, ces observations, la science les attend encore.

CHAPITRE IV.

OBSERVATIONS SUR LA COLIQUE DE PLOMB, ET SUR QUELQUES AUTRES MALADIES DES VOIES DIGESTIVES QUI S'EN RAPPROCHENT PAR LEURS SYMPTOMES ET PAR LE TRAITEMENT QUI LEUR CONVIENT.

L'histoire de la colique de plomb a été déjà tracée avec soin par plusieurs écrivains; aussi n'en aurions-nous pas parlé dans ce volume, si, en raison des nouvelles doctrines médicales, beaucoup de points de l'histoire de cette maladie n'étaient récemment devenus un objet de discussion. Quelle est sa nature? Dans quel état trouve-t-on le tube digestif chez les individus qui succombent? Quelles espèces de lésions détermine-t-elle consécutivement dans les fonctions ou dans l'organisation du système nerveux? Le trouble de ce système est-il toujours consécutif à la lésion des voies digestives? n'est-il pas quelquefois primitif? Quel est le meilleur traitement à opposer à cette colique? Les moyens thérapeutiques qui réussissent pour dissiper la colique elle-même sont-ils aussi efficaces pour détruire les accidents qui dépendent de l'altération des centres nerveux? La colique produite par les préparations de cuivre, dans laquelle il y a diarrhée, tandis qu'il y a constipation dans la colique de plomb, réclame-t-elle toutefois le même mode de traitement que celle-ci? Enfin, la considération des symptômes de cette espèce de colique, du traitement qu'on lui oppose, non-seulement sans danger, mais avec avantage; la considération de l'état dans lequel on trouve en pareil cas le tube digestif, ne peut-elle pas contribuer à jeter quelques lumières sur la nature et le siége de diverses douleurs abdominales qui, paraissant résider dans les voies digestives, ne semblent dépendre

---

pareil cas, est constaté par un trop grand nombre de faits, pour qu'on puisse le révoquer en doute, quand même on n'admettrait pas l'existence du virus syphilitique.

cependant ni d'une péritonite, ni d'une véritable entérite? De ce que les malades atteints de la colique de plomb supportent impunément de fortes doses de drastiques les plus violents, il ne faudrait pas sans doute en conclure, comme l'ont fait plusieurs personnes, que la membrane muqueuse gastro-intestinale n'est douée que d'une sensibilité très-obtuse; car alors cette membrane n'est plus dans son état sain; mais il est permis, au moins, d'en tirer cette conséquence, que d'autres états de l'économie peuvent également se présenter où la sensibilité naturelle de la muqueuse intestinale se trouvant au-dessous de son état normal, des stimulants plus ou moins énergiques peuvent être mis impunément en contact avec elle; c'est même ce qui a lieu normalement chez certains individus, ainsi que le démontrent plusieurs observations déjà citées dans ce volume et dans le précédent.

Nous espérons que ce qui suit pourra éclairer plusieurs des questions que nous venons de soulever.

ARTICLE PREMIER.

ÉTAT DU TUBE DIGESTIF CHEZ LES INDIVIDUS MORTS PENDANT QU'ILS AVAIENT LA COLIQUE DE PLOMB.

Plusieurs auteurs ont écrit que, chez les malades qui succombent pendant le cours d'une colique saturnine, on trouve les intestins resserrés, et leur calibre notablement rétréci. Desbois de Rochefort dit avoir trouvé sur deux sujets des intus-susceptions intestinales. Beaucoup de médecins pensent aujourd'hui que la colique de plomb n'est qu'une variété de gastro-entérite, et que, par conséquent, l'ouverture des cadavres doit montrer, dans le tube digestif, des traces d'une inflammation plus ou moins intense: jusqu'à présent, je ne sache pas qu'aucune autopsie ait justifié cette manière de voir. Mais, quand même on citerait quelques cas dans lesquels on aurait trouvé une phlegmasie intestinale, cela ne déciderait point encore la question; car on serait en droit de ne regarder cette phlegmasie que comme une simple complication de la colique saturnine, si d'autres observations venaient à démontrer que, chez des individus également morts pendant le cours de cette colique, le tube digestif ne présente aucune espèce de lésion appréciable. Or, cette absence de lésion est prouvée par les faits que nous allons citer.

Sur plus de cinq cents individus atteints de la colique saturnine, qui, dans l'espace de huit ans, ont été traités à la Charité dans le service de M. Lerminier, cinq seulement ont succombé pendant qu'ils étaient soumis au traitement ordinaire de la colique, et encore, parmi ces cinq individus, il en est au moins deux qui sont morts d'accidents tout à fait étrangers à la colique de plomb.

Ire OBSERVATION.

Colique. Mort subite causée par une rupture de l'aorte. Absence de lésion dans le tube digestif.

Un peintre en bâtiments, âgé de 53 ans, avait déjà été traité deux fois de la colique, à la Charité, lorsqu'il y entra pour la troisième fois au commencement de l'été de l'année 1810. Il présentait tous les symptômes de la colique saturnine : vives douleurs abdominales, que la pression n'augmentait ni ne diminuait; parois abdominales rétractées, vomissements; constipation opiniâtre, état naturel de la langue, douleur des membres, apyrexie. Depuis quinze jours, il y avait absence complète de selles, et depuis cinq jours seulement les douleurs abdominales avaient commencé à se manifester. Le malade avait pris chez lui de l'huile de ricin, qui n'avait pas vaincu la constipation. Immédiatement après son entrée, on commença le traitement ordinaire de la Charité; il n'en était qu'au troisième jour de ce traitement, et n'était encore que médiocrement soulagé, lorsque tout à coup il accusa une douleur insolite vers la région précordiale, et au bout de quelques minutes il expira.

L'ouverture du cadavre montra que la cause de cette mort subite résidait dans une déchirure complète, une véritable perforation de la portion d'aorte qui est contenue dans le péricarde; ce sac était rempli par un caillot de sang noir.

En raison de la maladie pour laquelle cet individu était entré à l'hôpital, nous dûmes examiner avec le plus grand soin son tube digestif; c'était la première fois que nous avions l'occasion d'ouvrir le cadavre d'un homme mort pendant le cours d'une colique de plomb.

Ce qui nous frappa d'abord, ce fut l'absence de tout rétrécissement du tube digestif; les anses de l'intestin grêle, ainsi que les diverses portions du colon, étaient, au contraire, plutôt dilatées. Le péritoine était sain. La surface interne de l'estomac était blanchâtre; sa membrane muqueuse d'épaisseur et de consistance ordinaires; elle était recouverte par une assez grande quantité de mucosités filantes. Le duodénum présentait ses cryptes développés comme de coutume; il était d'ailleurs blanc et sain. A peine trouvait-on, dans le jéjunum et dans l'iléum quelques points où existait une légère arborisation vasculaire sous-muqueuse. La surface interne du cœcum, du colon et du rectum était blanche, et la membrane muqueuse n'offrait aucune altération, sous le rapport de son épaisseur et de sa consistance. Le gros intestin ne contenait d'ailleurs qu'une petite quantité de matières fécales dures.

Ce cas est certainement un de ceux où nous avons trouvé le tube digestif le plus exempt possible d'inflammation : cependant le malade succomba à la rupture de l'aorte, lorsque sa colique était encore très-intense; la membrane muqueuse intestinale n'avait pas même été rougie d'une manière permanente par les drastiques. Qu'on ne dise pas que, chez ce sujet, la membrane muqueuse gastro-intestinale était pâle, en raison de l'hémorrhagie qui avait eu lieu dans les derniers temps de la vie; car cette

hémorrhagie était très-peu considérable : il n'y avait pas une demi-livre de sang épanchée dans le péricarde (1).

IIe OBSERVATION.

Colique. Mort par une hémorrhagie cérébrale. Tube digestif sain.

Un homme d'un âge moyen, travaillant à la fabrication du blanc de céruse (sous-carbonate de plomb), avait, depuis quelques jours, de vives douleurs abdominales, et tous les symptômes de la colique saturnine, lorsqu'il entra à la charité. Cette colique fut bien constatée par l'élève de garde, le jour même de son entrée. Le lendemain, il fut frappé d'une attaque d'apoplexie, à laquelle il succomba au bout de deux jours : des lavements drastiques, donnés dans cet intervalle de temps, ne déterminèrent pas de selles.

L'ouverture du cadavre montra l'existence d'un épanchement considérable de sang, semblable à de la gelée de groseille, dans l'épaisseur de l'hémisphère cérébral droit, en dehors et au niveau du corps strié et de la couche optique de ce côté.

L'estomac présentait un peu d'injection sous-muqueuse vers le grand cul-de-sac ; ailleurs il était blanc. Partout sa membrane muqueuse avait l'épaisseur et la consistance qui constituent son état physiologique. L'intestin grêle présentait en quelques points une légère injection sous-muqueuse, qui résidait spécialement dans des veines d'un assez fort calibre ; partout sa membrane muqueuse elle-même était pâle. Il en était de même de celle du gros intestin. Le calibre du tube digestif n'était ni diminué ni augmenté.

Il n'y avait rien de remarquable dans les autres organes.

A moins qu'on ne dise que la congestion cérébrale avait révulsé chez cet individu et fait disparaître l'irritation intestinale, il faudra admettre encore dans ce cas que la colique de plomb ne dépendait pas d'une phlegmasie gastro-intestinale.

IIIe OBSERVATION.

Colique. Symptômes nerveux graves. Légère rougeur du colon transverse dans une petite partie de son étendue.

Un homme, âgé de 30 ans environ, plombier, entra à la Charité pour être délivré de violentes coliques qu'il éprouvait depuis peu de jours. On commença le traitement ordinaire. Le troisième jour, étant soulagé, mais souffrant encore cruellement, il fut pris tout à coup de symptômes nerveux très-graves, qui seront décrits plus bas, et deux heures après l'invasion de ces symptômes, il succomba.

A l'ouverture du cadavre, on trouva la membrane muqueuse gastrique d'un blanc grisâtre, non injectée, d'épaisseur et de consistance ordinaires. Blancheur de tout l'intestin grêle, excepté en plusieurs points isolés qui, réunis par la pensée, occupe-

---

(1) On peut établir, en général, que la mort subite, foudroyante, qui suit les ruptures du cœur ou des gros vaisseaux encore contenus dans le péricarde, n'est pas due à l'abondance du sang qui s'épanche dans ce sac membraneux.

raient un pied d'étendue : là, on observe une injection assez vive, qui toutefois n'est point assez forte pour que la transparence des parois intestinales ne soit pas encore conservée. Blancheur et état sain du gros intestin, excepté dans l'étendue de trois à quatre pouces vers la fin du colon transverse, où l'on observe de la rougeur.

On ne trouve aucune lésion appréciable dans les autres organes des trois cavités.

Le tube digestif offre ici quelques légères altérations qui n'existaient pas dans les cas précédents ; mais on ne prétendra pas sans doute y rapporter les symptômes observés pendant la vie ; car il est infiniment peu de cadavres dans l'intestin desquels on ne trouve pas des lésions de ce genre.

IVe OBSERVATION.

Colique. Épilepsie. Mort subite. Légère rougeur d'une petite partie du colon transverse : coloration noire des follicules.

Un peintre en bâtiments, âgé de 58 ans, entra à la Charité pour se faire traiter de la colique de plomb : l'existence de celle-ci est bien constatée. Le lendemain même de son entrée, il a une attaque d'épilepsie. Les jours suivants, les douleurs abdominales persistent, mais sont peu intenses : on fait le traitement ordinaire. Dix jours après son entrée, la colique existant encore, ce malade meurt subitement.

A l'ouverture du cadavre, on ne trouva autre chose dans l'estomac qu'une coloration ardoisée de la membrane muqueuse vers le pylore, dans une étendue égale à celle de deux pièces de cinq francs réunies. Blancheur de l'intestin grêle, si ce n'est vers le sommet de quelques valvules, où l'on observe de la rougeur qui ne consiste plus qu'en une arborisation vasculaire peu considérable lorsqu'on déplisse ces valvules. Immédiatement au-dessus du cœcum, on trouve une grande plaque de Peyer pointillée de noir ; on trouve aussi dans le cœcum ces follicules isolés avec un point noir à leur centre. Le reste du gros intestin ne présente rien autre chose de notable ; il est blanc, si ce n'est la fin du colon transverse, où l'on observe une bande rougeâtre qui a un pouce de largeur sur deux à trois de longueur. Là où existe cette bande, la membrane muqueuse a un peu perdu de sa consistance.

La couleur insolite observée dans une portion de l'estomac, le pointillé noir des follicules de la fin de l'intestin grêle et du cœcum, sont des états chroniques qu'on ne peut regarder comme ayant aucun rapport avec les symptômes que présenta le malade pendant la durée de son séjour à l'hôpital. La légère coloration de quelques valvules du jéjunum, la bande rouge peu étendue trouvée dans le colon, nous paraissent être des lésions trop peu considérables, d'une part, et, d'autre part, se retrouvent trop souvent dans toutes sortes de circonstances, pour qu'il nous soit possible d'en faire dépendre les symptômes spéciaux qui caractérisent la colique de plomb.

Nous reviendrons plus bas sur l'état dans lequel fut trouvé le système nerveux chez ce malade.

Ve OBSERVATION.

Colique. Paralysie des membres supérieurs. Tout à coup symptômes d'asphyxie et mort. Quelques rougeurs éparses dans l'intestin.

Un plombier, âgé de 50 ans, ayant eu plusieurs fois la colique, en était atteint depuis trois semaines lorsqu'il entra à la Charité. Les douleurs étaient peu fortes, mais

continuelles, et de temps en temps elles s'exaspéraient, de manière à arracher des cris au malade : la constipation était opiniâtre. De plus, cet individu avait une paralysie complète du mouvement des membres supérieurs. On commence le traitement ordinaire.

Le quatrième jour, râle trachéal ; sorte d'état d'asphyxie et mort.

Ici encore nous ne parlerons actuellement que de l'état du tube digestif.

L'estomac fut trouvé distendu par une médiocre quantité de liquide. Vers le grand cul-de-sac, sa membrane muqueuse présentait un espace large comme la paume de la main, où elle était ramollie. Dans cette même étendue, elle était blanche, excepté en deux points où existaient deux plaques rougeâtres, dont l'une avait le diamètre d'une pièce de vingt sous, et l'autre celui d'une pièce de quarante sous. Partout ailleurs la membrane muqueuse était blanche, d'épaisseur et de consistance ordinaires.

L'intestin grêle et le gros intestin sont plutôt dilatés que rétrécis. L'intestin grêle présente çà et là une légère injection sous-muqueuse (état en rapport avec le genre de mort de l'individu). La membrane muqueuse du cœcum présente une plaque rouge de la largeur d'un écu de trois livres tout au plus. Le reste du gros intestin est blanc : on aperçoit seulement quelques grasses veines rampant au-dessous de la membrane muqueuse.

Nous ne trouvons ici d'autre lésion digne de remarque que le ramollissement d'une portion de la membrane muqueuse de l'estomac : mais ce n'est point de ce ramollissement que dépendit la colique, qui chez ce sujet d'ailleurs était moins violente que chez les précédents malades.

Ainsi donc, chez tous les individus qui ont succombé pendant qu'ils étaient atteints de la colique de plomb, et dont nous avons eu occasion d'ouvrir les cadavres, aucun ne nous a présenté, dans le tube digestif, de lésions par lesquelles il nous fût possible d'expliquer les symptômes de la maladie.

Aux cinq faits que nous venons de citer, nous pourrions en ajouter un sixième qui est consigné dans un mémoire de M. Louis, sur les morts subites et imprévues (1). Le malade dont l'histoire est rapportée par ce savant observateur mourut subitement le huitième jour d'une colique saturnine. Le tube digestif fut trouvé dans un état d'intégrité parfaite.

A ces six faits nous en ajouterons deux autres également recueillis à la Charité, et que M. Martin a déjà publiés dans sa thèse pour le doctorat.

VIe OBSERVATION.

Colique saturnine traitée par la méthode de la Charité ; convalescence, nouvelle apparition des symptômes. Mort. Absence de lésion dans le tube intestinal.

Un homme, âgé de trente-deux ans, brun, d'une bonne constitution, occupé depuis un mois à la fabrique de Clichy à mettre du minium en tonneaux, fut pris, le 1er mai 1829, de malaise, de constipation, de lassitude dans les membres. Cet état dura deux ou trois jours, et fut remplacé par des coliques très-violentes, des vomissements de matières bilieuses et des douleurs dans les membres inférieurs. Entré le 6 du même mois à la Charité, il fut placé dans les salles de M. Lerminier. Voici les symptômes qu'il présen-

---

(1) *Recherches anatomico-pathologiques sur diverses maladies;* par P. Ch. Louis, pag. 483.

tait : ventre d'un volume ordinaire, insensible à la pression, excepté vers la région épigastrique ; coliques très-intenses, constipation ; membres, surtout les inférieurs, difficiles à mouvoir et douloureux ; vue un peu troublée, étourdissements, dysphagie, sentiment de constriction au pharynx ; langue blanche et unie, bouche amère, nausées; pouls plein et sans fréquence, teinte jaune de la peau (premier jour du traitement de la Charité).

Le 7, les coliques avaient disparu après deux selles qui avaient eu lieu la veille ; bouche toujours très-amère, étourdissements, état semblable à l'ivresse, diplopie ; pouls plein et sans fréquence, picotements dans les bras et dans les jambes, douleurs dans les articulations des membres supérieurs et inférieurs, et surtout dans la partie moyenne du tibia (deuxième jour du traitement de la Charité).

Le 8, insomnie, douleur à l'épigastre. Le malade nous apprend que la veille il a eu plusieurs vomissements abondants et plusieurs selles après avoir pris le vomitif ; il n'a plus de nausées, et, suivant son expression, son estomac est bien débarrassé (traitement du troisième jour).

Le 9, la médecine purgative des peintres fut administrée, et suivie de sept à huit selles.

Le 10, mieux ; quelques picotements seulement se font encore sentir dans les jambes (*tisane sudorifique*).

Le 11, convalescence ; il n'y a qu'un peu de faiblesse dans les jambes (*bains sulfureux, gayac, demi-portion, une tasse de vin*).

Le 12, sans aucune cause connue, et sans que le malade fût sorti de son lit, des coliques atroces et des vomissements de matière verte se renouvellent.

Le 13, les coliques vont en augmentant, et arrachent des cris épouvantables au malade ; la face annonce la souffrance et le découragement, agitation continuelle ; sentiment d'une barre dans la région épigastrique, qui est sensible à la pression ; le décubitus sur le ventre ne calme pas les douleurs ; excrétion des urines difficile, selles faciles ; pouls sans fréquence (on recommence le traitement de la Charité par le premier jour).

Le soir, des convulsions épileptiformes surviennent, et se manifestent plusieurs fois dans la nuit.

Le 14, coliques toujours très-intenses, stupeur ; réponses difficiles, délire suivi de convulsions ; l'agitation du malade est telle au moment des attaques, qu'on est obligé de lui mettre la camisole de force (traitement du troisième jour;) et si les douleurs ne cessent pas, on se propose d'administrer la médecine purgative des peintres.

Le 15, perte complète de connaissance ; décubitus en supination ; tête fortement portée en arrière ; immobilité, qui n'est interrompue que par des mouvements convulsifs dans les muscles du tronc et des membres. Lors des attaques, les yeux se dirigent en haut ; le grincement des dents alterne avec le claquement des mâchoires. On entend le râle des agonisants ; le pouls est petit et fréquent ; la langue, les lèvres et les dents ne sont couvertes d'aucun enduit ; les yeux sont ternes et pulvérulents (*deux vésicatoires aux jambes, douze sangsues à chaque jugulaire, deux lavements de séné et valériane*). Le même jour à six heures le malade expire.

OUVERTURE DU CADAVRE.

38 *heures après la mort.*

Extérieur. Taches violettes sur la peau du dos.

Système nerveux. On trouva à la partie inférieure du canal rachidien de la sérosité

en assez grande abondance ; les vaisseaux veineux de la face antérieure de la moelle offraient une légère injection ; diminution de consistance de la portion dorsale de la moelle, sans changement de couleur; membranes du cerveau parfaitement saines ; léger ramollissement des nerfs optiques, des éminences mamillaires et des prolongements antérieurs de la moelle allongée ; substance cérébrale légèrement pointillée de rouge, de consistance ordinaire.

Poitrine. Engouement de la partie inférieure et antérieure du poumon droit ; emphysème interlobulaire des deux poumons. Le péricarde contenait une légère quantité de sérosité sanguinolente ; dilatation du ventricule gauche du cœur.

Voies digestives. Les gros intestins étaient un peu distendus par des gaz; on n'y trouva pas de ces amas de matières fécales endurcies dont parlent les auteurs, mais des matières *molles*, d'un gris jaunâtre ; la membrane muqueuse n'offrait aucune trace d'inflammation ; celle de l'intestin grêle était d'un *blanc verdâtre*, entièrement saine, et couverte dans toute son étendue d'une couche de bile jaune. On trouva un ascaride lombricoïde dans le jéjunum, et un autre dans l'iléum. Membrane muqueuse de l'estomac saine, couverte d'une couche de bile jaunâtre ; le duodénum offrait un petit *point noir*. Tous les autres organes étaient dans l'état ordinaire ; seulement la vésicule du foie était pleine d'une bile noire.

Je dois observer que plusieurs personnes qui assistaient à cette autopsie considérèrent comme effets de la putréfaction les lésions observées dans le système nerveux.

VIIe OBSERVATION.

Colique saturnine suivie de coma , de résolution des membres. Mort cinq jours après l'invasion. Muqueuse intestinale incolore, saine.

Un jeune homme, âgé de 18 ans, peintre en bâtiments, fut pris tout-à-coup, le 2 avril 1829, des accidents de la colique de plomb. Le médecin qui fut appelé à lui donner des soins le traita par les sudorifiques légers et les adoucissants. Ces remèdes n'eurent point d'efficacité ; le malade vomit une assez grande quantité de matières verdâtres, bilieuses, et tomba dans un état comateux. Alors on l'apporta, le 5 du même mois, dans les salles de M. Lerminier, et voici quel était son état : il présentait l'aspect d'un homme à demi-endormi ; ses pupilles étaient un peu contractées ; cependant il tournait les yeux du côté de l'objet qu'on lui présentait ; la sensibilité n'était pas détruite, car lorsqu'on le touchait, il faisait entendre une espèce de cri sourd, et il retirait assez vivement la partie que l'on pinçait ; ses membres étaient dans un état complet de résolution ; son ventre n'était pas douloureux à la pression, son pouls était lent et un peu raide; (on prescrivit vingt-quatre sangsues derrière les oreilles, un lavement de graine de lin avec addition de sulfate de soude, une tisane d'orge avec deux gros d'oximel et des sinapismes aux jambes).

Le 6, l'état comateux subsistait encore, les pupilles étaient très-dilatées ; il y avait un peu plus de sentiment ; lorsqu'on le pinçait, il faisait toujours entendre un grognement sourd ; la peau était chaude et un peu moite ; le pouls calme, la langue nette et humide ; si l'on pressait l'épigastre, le malade faisait entendre un gémissement profond (*saignée de trois palettes, lavement avec ij onces d'huile de ricin, orge oxymellée pour boisson.*)

Le sang obtenu par la saignée se couvrit d'une couenne ; les sueurs devinrent plus abondantes dans le reste de la journée ; le soir, le malade poussait de fréquents gémissements, il avait la face rouge et la tête portée en arrière, toutefois sans roideur.

Le 7, à la visite du matin, son corps était couvert de sueurs ; on entendait le râle

trachéal; le pouls était plein; la vessie distendue par l'urine; par instants, il y avait du strabisme; le renversement de la tête en arrière était devenu de plus en plus considérable (*potion aromatique ordinaire, avec addition de cinq grains de kermès minéral; vingt-quatre sangsues au col, deux vésicatoires aux cuisses*).

Dans le reste de la journée, l'état du malade s'aggrava de plus en plus; le soir, à sept heures, il expira.

OUVERTURE DU CADAVRE.

36 *heures après la mort.*

Le cerveau parut un peu plus ferme que dans l'état ordinaire, l'intérieur de sa substance offrait un pointillé rouge. La moelle épinière était ferme et saine. Le liquide céphalo-rachidien était très-abondant à la partie inférieure du canal vertébral.

Poumons. Leur surface était enduite d'un liquide visqueux et gluant peu abondant. Le poumon gauche était hépatisé dans toute sa partie postérieure; le lobe inférieur des deux poumons était très-engoué, et leur face antérieure était le siége d'un emphysème interlobulaire; le cœur était énorme, toutes ses cavités étaient dilatées, les parois du ventricule gauche étaient hypertrophiées.

Abdomen. On aperçut quelques légères taches rouges dans un point de l'estomac voisin du cardia. Tout le reste du tube intestinal était parfaitement sain; on ne voyait que vers la fin de l'intestin grêle quelques follicules isolés légèrement hypertrophiés. La membrane muqueuse intestinale était blanche. Des matières fécales assez peu consistantes se trouvèrent à la fin du gros intestin; enfin on vit une assez grande quantité de gaz dans les tuniques de l'intestin et de l'estomac.

Dans ce cas, on ne trouva véritablement de lésions graves que dans les poumons.

VIIIe OBSERVATION.

Colique saturnine traitée par la méthode de la Charité modifiée. Au bout d'un mois, apparition des symptômes nerveux. Mort. On ne trouve rien dans les intestins.

Le 28 novembre 1824, un homme, âgé de quarante-six ans, employé à la manufacture de Clichy, entra à l'hôpital de la Charité, où il fut couché dans les salles de M. le professeur Fouquier. Les principaux symptômes que ce malade présentait étaient les suivants : douleur dans le ventre, et plus particulièrement dans le trajet du colon; constipation, tête douloureuse; le ventre n'était pas déprimé. Cet homme fut traité par la méthode de la Charité, modifiée par M. Fouquier, sans en éprouver un soulagement manifeste; les coliques persistèrent fort longtemps, il s'en plaignait presque tous les jours.

Tel était l'état du malade, lorsque, dans la journée du 2 janvier 1825, il ressentit un peu d'engourdissement et de fourmillement dans les membres. — Le 5 sur les deux heures du soir, il poussa plusieurs cris, et fut pris de convulsions, auxquelles succéda la perte de la parole et du mouvement. Le lendemain, à la visite, il avait la face pâle, le regard hébété; la tête était portée à droite, les facultés intellectuelles abolies, la sensibilité entièrement détruite; le mouvement, d'abord anéanti, s'était un peu rétabli; le malade portait de temps en temps la main à la bouche, et remuait assez bien les jambes. (*Saignée générale, cataplasmes sinapisés aux jambes, boisson laxative, etc.*) Les

sinapismes ne produisirent aucun effet. — Le 7, les yeux étaient entièrement portés à droite, le malade comprenait un peu mieux les questions qu'on lui adressait ; le pouls était petit ; il y avait des mouvements convulsifs, et un gargouillement considérable dans l'arrière-bouche et dans la poitrine. (*Vésicatoires aux jambes.*) La nuit suivante, il fit entendre quelques cris sourds et inarticulés, et expira.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'aspect de la face exprimait que la mort avait été pénible, les traits étaient tiraillés et portés à droite. L'abdomen ayant été ouvert, on trouva l'estomac sain ; les intestins n'offraient rien de remarquable ; seulement de distance en distance ils étaient resserrés et légèrement étranglés, mais sans trace d'inflammation. La surface extérieure du cerveau était injectée, sa substance un peu plus dense que dans l'état normal ; les ventricules ne contenaient pas de sérosité ; la moelle épinière était saine.

ARTICLE II.

SYMPTÔMES DE LA COLIQUE DE PLOMB.

Nous n'insisterons point ici sur les symptômes ordinaires de cette colique, parce qu'on en trouve la description partout. Nous noterons seulement les particularités suivantes : il n'est pas exact de dire que la douleur abdominale éprouvée par les individus qui ont la colique de plomb soit constamment diminuée par la pression ; dans un grand nombre de cas, celle-ci n'augmente ni n'allége la douleur ; assez souvent même elle *en accroît l'intensité*. Cependant, dans ces différents cas, les autres symptômes de la maladie restent semblables ; le même traitement réussit. L'abdomen n'est pas non plus constamment rétracté, et les parois abdominales ne paraissent pas toujours déprimées et comme enfoncées vers l'ombilic. Il est peut-être aussi commun de trouver l'abdomen ayant conservé sa forme, ses dimensions ordinaires, ou même plus gros, plus développé que de coutume, ce qui paraît dépendre de la distension de l'intestin par des matières ou par des gaz. Le phénomène le plus invariable est la constipation ; il précède les douleurs, et celles-ci diminuent dès que les selles commencent à se rétablir.

Mais le tube digestif n'est pas le seul organe affecté chez les individus qui ont absorbé, par diverses voies, des molécules saturnines. Le système nerveux est souvent influencé par elles d'une manière bien remarquable. De là résultent, suivant les idiosyncrasies, ou suivant les portions de ce système spécialement affectées, ou enfin suivant le degré de

leur affection, divers accidents, qui le plus souvent portent sur les organes de la vie de relation, mais quelquefois aussi sur ceux de la vie nutritive.

Le plus commun de ces désordres nerveux consiste dans des douleurs que les malades ressentent dans les membres, et surtout dans les bras; ces douleurs précèdent souvent la colique; quelquefois elles constituent le seul accident, et les fonctions du tube digestif ne se troublent point; d'où il faut conclure, contre l'opinion de quelques auteurs, qu'elles ne sont point purement sympathiques de l'affection intestinale. Ces douleurs sont souvent accompagnées d'une faiblesse insolite de l'action musculaire de la partie où elles se font sentir, et peu à peu cette faiblesse se transforme en une véritable paralysie. Ainsi, nous trouvons réunies dans ce cas l'exaltation de la sensibilité normale et la diminution de la motilité. Ce qui passe alors dans les membres semble avoir une grande analogie de nature avec ce qui a lieu dans l'intestin, où, en même temps qu'il y a production de douleurs, il semble y avoir aussi diminution de la force de contractilité normale de la tunique musculaire, ainsi que de la susceptibilité de la membrane muqueuse, qui supporte impunément le contact des plus violents drastiques.

La paralysie la plus ordinaire chez les individus qui manient le plomb est celle des muscles extenseurs de la main; de là résulte, par suite de la rupture de l'équilibre de l'action musculaire, une prédominance habituelle de contraction des muscles fléchisseurs de la main, et par suite la flexion permanente du poignet, qui reste incliné de manière à former à peu près un angle droit avec les os de l'avant-bras. Il arrive aussi que les doigts se fléchissent aussi sur le poignet; puis enfin on voit les diverses phalanges s'incliner les unes sur les autres.

Cette paralysie ne survient le plus ordinairement que chez les individus qui travaillent depuis longtemps aux préparations de plomb, et qui déjà ont eu plusieurs fois la colique. Cependant nous l'avons vue survenir dans quelques cas où il n'y avait encore que très-peu de temps que les malades étaient soumis à l'influence du plomb, et où ils n'avaient pas encore eu la colique. Il y a des cas où elle se dissipe assez promptement; d'autres fois ce n'est qu'au bout d'un temps très-long qu'elle disparaît, d'autres fois, enfin, elle est incurable.

La paralysie due aux préparations de plomb n'estpas toujours bornée au poignet. Nous l'avons vue s'emparer de la totalité des membres thoraciques, qui étaient frappés d'une immobilité complète. Deux fois

nous avons eu occasion d'ouvrir le cadavre d'individus qui étaient frappés de cette espèce de paralysie. L'un de ces malades avait en même temps la colique lorsqu'il entra à la Charité (c'est un de ceux dont nous avons déjà parlé à l'occasion du tube digestif). L'autre avait eu anciennement la colique, mais il n'en présentait plus aucune trace lorsqu'il fut soumis à notre observation. Chez le premier, la paralysie datait de quelques semaines seulement, et chez le second elle remontait à plusieurs mois. Chez tous deux, les membres thoraciques ne pouvaient exécuter aucun mouvement; soulevés, ils retombaient comme des masses inertes; cependant d'assez vives douleurs s'y faisaient de temps en temps sentir, et la sensibilité de la peau y était conservée. Chez tous deux, l'intelligence était nette, la parole libre. Tous deux, enfin, succombèrent de la même manière: leur respiration devint tout à coup gênée, du râle trachéal s'établit, et ils succombèrent dans un état d'asphyxie, à peu près comme les animaux chez lesquels on a pratiqué la section des deux nerfs pneumogastriques, lorsqu'ils survivent quelques jours à l'opération et qu'ils succombent à l'engouement du poumon.

D'après l'ensemble des symptômes observés pendant la vie, c'était moins dans le cerveau que dans le prolongement rachidien qu'on devait s'attendre à trouver quelque altération organique. La masse encéphalique, soigneusement examinée dans ses diverses parties, ne nous offrit rien de notable. Le canal rachidien contenait une petite quantité de sérosité limpide, telle qu'on en trouve dans la plupart des cadavres. Les enveloppes de la moelle épinière étaient pâles; la moelle elle-même, examinée depuis son point de jonction avec la protubérance annulaire jusqu'au renflement qui la termine inférieurement, ne nous présenta aucune altération appréciable dans sa couleur, dans sa consistance, dans l'ensemble de ses propriétés physiques. Le plexus nerveux du cou, ainsi que les cordons qui s'en détachent, les nerfs pneumo-gastriques, examinés depuis leur origine jusqu'à leur terminaison à l'estomac, furent également trouvés exempts de lésion. Les poumons étaient simplement engoués. Les autres organes du thorax et de l'abdomen furent trouvés sains, à l'exception de l'estomac de l'un des deux malades, qui était ramolli dans une petite partie de son étendue, comme nous l'avons dit plus haut.

Nul doute que, chez ces deux individus, un point de l'axe cérébro-spinal ne fût grièvement altéré; mais cette altération fut démontrée seulement par les symptômes, et nullement par l'anatomie.

Chez d'autres individus, mais beaucoup plus rarement, nous avons constaté l'existence d'une paraplégie complète ou incomplète, avec exaltation de la sensibilité, douleurs dans les membres paralysés. Chez plusieurs, les membres supérieurs n'étaient nullement affectés; chez d'autres, il y avait en même temps faiblesse plus ou moins grande des membres thoraciques.

Au lieu de paralysie, nous avons observé quelquefois, chez les individus soumis à l'influence des préparations saturnines, des mouvements convulsifs, des accès épileptiformes. En voici un exemple, avec ouverture de cadavre.

IXe OBSERVATION.

Colique saturnine. Symptômes d'épilepsie. Mort subite. Aucune lésion appréciable sur le cadavre.

Un peintre en bâtiments âgé de 58 ans, avait la colique lorsqu'il entra à la Charité. Le lendemain de son entrée, il eut une attaque d'épilepsie qui se prolongea longtemps, et qui fut suivie d'un état apoplectiforme, lequel dura de trente à quarante heures ; pendant sa durée le malade sembla être à l'agonie. Cependant ces symptômes graves se dissipèrent, le malade recouvra son intelligence et la liberté de ses mouvements, mais les facultés intellectuelles restèrent un peu obtuses. La face était pâle et fatiguée, les douleurs de la colique persistaient peu intenses. Quelques jours se passèrent ainsi. Un soir, au moment où le malade se remettait dans son lit, qu'il avait quitté depuis une heure ou deux, les traits de la face s'altérèrent tout à coup, et il mourut inopinément.

L'ouverture du cadavre fut faite quatorze heures après la mort. Les méninges étaient pâles ; l'encéphale n'offrait aucune trace de congestion sanguine : ses coupes présentaient à peine quelques points rouges. Très-petite quantité de sérosité dans les ventricules. Rien de notable dans le reste des parties nerveuses contenues dans le crâne, soit centres, soit cordons nerveux, non plus que dans la moelle épinière et dans les nerfs qui en partent ; rien de notable non plus dans les ganglions thoraciques du grand sympathique, dans les nerfs qui s'en détachent, dans les ganglions semi-lunaires et dans les divers plexus abdominaux. État sain du parenchyme pulmonaire, ainsi que du cœur et de ses vaisseaux. Rien de remarquable dans l'abdomen, que les très-légères lésions du tube digestif précédemment signalées.

Enfin, il est d'autres individus atteints de la colique saturnine que nous avons vus succomber inopinément, bien qu'à la différence du précédent malade, ils n'eussent présenté antécédemment aucun symptôme nerveux remarquable, et chez lesquels l'ouverture du cadavre n'a démontré non plus, dans le système nerveux, l'existence d'aucune lésion appréciable : tel est le cas suivant. (L'individu qui en fait le sujet a déjà été cité à l'occasion du tube digestif dans la colique de plomb.)

Xe OBSERVATION.

Colique saturnine. Tout à coup perte de connaissance, et mort. Aucune lésion appréciable sur le cadavre.

Un plombier, âgé de 50 ans, avait la colique lorsqu'il entra à la Charité. Trois jours

après son entrée, il perdit tout à coup connaissance. Le chirurgien de garde, appelé, le trouva dans l'état suivant : décubitus sur le dos, yeux fixes, face pâle, traits immobiles, bouche béante, anéantissement complet des facultés intellectuelles ; résolution des quatre membres, qui, soulevés, retombent comme des masses inertes : la peau, pincée, tordue, ne donne aucun signe de sensibilité ; le pouls continue de battre faible et sans fréquence ; la respiration est lente. Mort une heure après l'invasion de ces accidents.

Cet individu succombait évidemment par le cerveau ; cependant le système cérébro spinal et ses enveloppes ne présentaient aucune altération appréciable ; tous les autre organes furent trouvés également dans un état sain.

M. Louis (1) n'a non plus rien trouvé qui pût expliquer la mort, soit dans le cerveau et ses dépendances, soit dans d'autres organes, chez un malade atteint de la colique de plomb, dont nous avons déjà parlé, et qui mourut encore plus subitement que le dernier individu dont nous venons de rapporter l'histoire. Ce malade venait de boire un bouillon qu'il avait demandé. Quatre à cinq minutes après, dit M. Louis, l'infirmier qui lui avait apporté ce bouillon, entendant du bruit, vient vers le malade : il le trouve par terre ; il le relève, le met dans son lit, lui fait respirer un peu de vinaigre pour dissiper sa *faiblesse*, et presque aussitôt il expire.

Parmi les ouvriers maniant les préparations de plomb reçus à la Charité dans le service de M. Lerminier, un petit nombre nous ont présenté des symptômes nerveux différents des précédents : ces symptômes étaient des palpitations, une atroce céphalalgie, une dyspnée revenant par accès : une toux fatigante, semblable à la toux dite nerveuse que présentent les femmes hystériques ; une sensation à la région précordiale, qui, coïncidant avec l'engourdissement des bras, rappelait quelques-uns des caractères assignés à l'angine de poitrine. De nouvelles observations sont peut-être nécessaires pour pouvoir affirmer que ces divers accidents étaient bien le résultat de l'influence du plomb. Dans plus d'un cas n'y eut-il pas simple coïncidence ? Tout ce que nous voulons faire remarquer ici, c'est que, d'une part, ces phénomènes morbides existaient chez des individus qui maniaient les préparations de plomb, et que, d'autre part, nous les avons vus céder au même mode de traitement que la colique.

ARTICLE III.

TRAITEMENT DES ACCIDENTS CAUSÉS PAR LES PRÉPARATIONS DE PLOMB.

Plusieurs médecins recommandables traitent aujourd'hui la colique de plomb, comme déjà la traitait Haën, par une méthode purement antiphlogistique. Il est indubitable que beaucoup de malades traités de la sorte guérissent parfaitement bien ; mais nous croyons devoir faire observer, à cet égard, que toutes les fois que la colique est modérée, les malades en sont délivrés spontanément au bout d'un temps plus ou moins long, pourvu qu'ils cessent de manier du plomb. Du reste, nous ne prétendons point juger ici les résultats d'une pareille pratique, nous

---

(1) *Loc. cit.* Rapprochez de ces faits ceux que nous avons extraits plus haut de la thèse de M. Martin.

ne racontons que ce que nous avons vu: car nous ne faisons point un traité de pathologie, nous recueillons des matériaux. Or, de cinq cents observations à peu près recueillies dans les salles de M. Lerminier, sur les maladies produites par les préparations saturnines, nous n'hésitons pas à tirer les quatre conclusions suivantes, relativement au traitement de ces maladies :

1° Les coliques saturnines, traitées par les émissions sanguines et les boissons émollientes, ont, en général, une durée beaucoup plus longue que les coliques traitées par la méthode dite de la Charité.

2° Beaucoup de coliques qui ont résisté au traitement antiphlogistique cèdent promptement au traitement de la Charité.

3° Nous n'avons jamais vu échouer ce dernier traitement contre la colique, quelquefois seulement il faut le recommencer jusqu'à deux et trois fois de suite pour que la guérison soit complète. Chez d'autres malades, tous les symptômes cessent dès que quelques évacuations par haut et par bas ont été sollicitées.

4° Dirigé avec prudence, et administré en temps opportun, le traitement de la Charité ne nous a jamais paru déterminer aucune espèce d'accident; il est sans doute fort remarquable que des drastiques aussi énergiques puissent être mis ainsi en contact avec la membrane muqueuse intestinale sans l'enflammer, sans allumer la fièvre, sans modifier l'état de la langue, sans produire de trouble d'aucune espèce; mais il ne faut pas oublier que le tube digestif se trouve alors dans des conditions toutes spéciales. Ne voyons-nous pas de même, dans certaines maladies nerveuses, certains agents thérapeutiques ne plus avoir leur mode d'action accoutumé? Ainsi, dans le tétanos, d'énormes doses d'opium peuvent être impunément administrées; ainsi, dans l'apoplexie, il arrive souvent que le tartre stibié ne fait plus vomir, et que des lavements fortement drastiques ne donnent lieu à aucune évacuation alvine.

Bien souvent il entre à la Charité des ouvriers qui, atteints depuis quelque temps de la colique saturnine, ont eu, chez eux, des sangsues en grand nombre sur l'abdomen, ont pris des bains, ont été soumis à une diète lactée. Parmi ces individus, les uns sont soulagés, mais ils ne sont pas complètement guéris : la constipation persiste, des douleurs abdominales plus ou moins vives continuent à se faire sentir, etc. Entrés à la Charité dans cet état, ils ne tardent pas à être complètement guéris sous l'influence du traitement drastique. Nous avons vu plusieurs autres

malades qui n'avaient pas même retiré de soulagement de l'emploi des antiphlogistiques, et que le traitement de la Charité a également guéris d'une manière prompte et complète.

Aucun doute ne saurait d'ailleurs être élevé dans ces cas sur l'efficacité réelle de la méthode thérapeutique, les effets en sont trop tranchés. Observez, interrogez ces malades; à peine ont-ils commencé à être évacués très-abondamment par haut et par bas, que les douleurs intolérables qu'ils éprouvaient cessent comme par enchantement. Leur face, profondément altérée, reprend tout à coup un aspect naturel; ils se félicitent eux-mêmes de leur prompt rétablissement, et ceux qui, n'ayant pas la colique pour la première fois, en ont déjà été délivrés par le traitement de la Charité, le sollicitent avec instance et ne doutent pas de son succès.

Lorsqu'il y a de la fièvre, et que la pression de l'abdomen accroît notablement la douleur, faut-il administrer de même le traitement ordinaire? Voici, à cet égard, ce que nous avons observé : chez plusieurs individus, le traitement commencé malgré ces symptômes, a dû être discontinué, parce que, sous son influence, l'état des malades empirait; mais d'autres fois ce traitement, employé en pareille occurrence, n'en réussit pas moins. A mesure que les évacuations s'établissent, le pouls revient à son rhythme physiologique, le pouls perd sa chaleur, les douleurs disparaissent. Dans ce second cas n'y a-t-il que le masque de l'inflammation, tandis qu'elle existe réellement dans le premier (1)?

Les divers symptômes nerveux qui accompagnent ou suivent la colique de plomb, et qui peuvent aussi exister sans elle, cèdent-ils au même mode de traitement que cette colique elle-même? la certitude du succès de ce traitement est ici beaucoup moins grande. Nous pensons cependant qu'en pareil cas on doit d'abord l'essayer. Nous avons vu, en effet, pendant qu'il était administré, se dissiper complètement, soit leur paralysie, soit plusieurs autres accidents nerveux signalés plus haut.

Tout récemment encore, nous avons recueilli l'histoire d'un peintre en bâtiments, qui, n'ayant jamais eu la colique, éprouvait depuis près

---

(1) Nous avons récemment employé à la Pitié l'huile de croton tiglium dans quelques cas de coliques saturnines ; un prompt soulagement en est résulté, et une guérison complète s'est rapidement opérée, ainsi qu'on pourra en juger par les cas publiés par un de nos élèves, le docteur Soret, dans sa *Thèse*.

de cinq mois, dans les membranes de la tête, de fortes douleurs, qui furent d'abord regardées comme rhumatismales, et inutilement traitées par les émissions sanguines, les bains de vapeurs simples et sulfureuses. Entré à la Charité le 25 septembre 1826, il fut soumis au traitement ordinaire de la colique saturnine, et il sortit guéri. Quant à la paralysie, il faut qu'elle soit encore récente et incomplète, pour se dissiper sous l'influence du traitement ordinaire de la colique. S'il en est autrement, elle résiste, et il faut alors employer des médicaments dont l'effet direct est d'exciter la contractilité musculaire. Dans ce but, nous avons vu employer avec des succès variables des vésicatoires appliqués sur différents points des bras et dans le voisinage du plexus brachial, diverses frictions et douches stimulantes, les différentes préparations de noix vomique, soit son extrait, soit la strychnine, ou, à la place de cette dernière, un autre alcali végétal, la brucine, qui ayant un mode d'action analogue, peut être plus facilement maniée en raison de son énergie beaucoup moins grande (1). Les faits suivants donneront une idée du mode d'action de ces deux alcalis, et de leur influence sur la paralysie produite par les préparations saturnines; nous y joindrons, comme objet de comparaison, quelques autres cas où ces mêmes alcalis ont été employés contre d'autres espèces de paralysies.

A. EMPLOI DE LA STRYCHNINE.

La strychnine, qui fut administrée aux malades dont les observations suivent, était la plus pure possible; elle était entièrement privée de brucine, à laquelle elle restait mêlée dans les premières préparations que M. Pelletier en avait faites. Elle fut donnée sous forme de pilules, les unes contenant un douzième de grain seulement de l'alcali, et les autres un sixième.

I. Un peintre en bâtiments, ayant eu plusieurs fois la colique, entra à l'hôpital, ayant perdu complètement le mouvement des deux mains, qui restaient habituellement fléchies sur la face antérieure de l'avant-bras. Cette paralysie datait d'un mois environ; elle avait été vainement combattue par des frictions stimulantes faites sur les avant-bras. Cet individu prit deux pilules d'un douzième de grain, une le matin et une le

(1) J'ai démontré ailleurs (*Journal de Physiologie expérimentale*, t. III, et *Annales du Cercle médical*, t. III), qu'il faut six grains de brucine pure pour produire les effets d'un grain de strychnine impure et d'un quart de grain de strychnine pure.

soir. Il éprouva, selon son expression, une sorte de frémissement douloureux dans les muscles extenseurs des mains. Les trois jours suivants, même dose, mêmes effets. Le cinquième, le sixième et le septième jour, quatre pilules, deux le matin et deux le soir: légères secousses des membres ; contraction spasmodique des extenseurs des doigts, pendant laquelle les doigts restent fortement renversés sur le dos de la main ; la paralysie semble diminuer. On donna alors au malade des pilules d'un sixième de grain ; d'abord une, puis quatre au bout de huit jours. Il éprouva pendant ce temps de violentes secousses. Il quitta bientôt l'hôpital, ne conservant plus qu'un peu de faiblesse dans les mains.

Chez cet individu, la dose de strychnine n'aurait pas pu être élevée sans danger au-delà de deux tiers de grain par jour.

II. Un broyeur de couleurs était affecté de la même maladie que le précédent, et depuis un temps à peu près égal. Une seule pilule d'un douzième de grain détermina un léger trismus et un commencement de raideur tétanique des muscles de la nuque, de l'abdomen et des membres. Le lendemain, il prit une autre pilule, et, comme s'il s'y fût habitué, il n'éprouva que quelques contractions spasmodiques dans les membres. Au bout de six jours on donna deux pilules, une le matin et une le soir : violentes contractions des deux bras. La strychnine fut continuée à cette dose pendant quinze jours environ ; au bout de ce temps la paralysie était dissipée.

III. Un Allemand, fortement constitué, et atteint depuis longtemps d'une paralysie des extenseurs des deux mains, suite de l'influence des préparations saturnines, prit une pilule d'un douzième de grain sans en ressentir aucun effet : on lui donna jusqu'à trois pilules aussi impunément. A la dose d'un tiers de grain, il commença à éprouver quelques secousses ; on parvint assez rapidement à lui donner un peu plus d'un grain de strychnine. A cette dose seulement, il eut d'assez fortes contractions pour qu'on fût obligé de la réduire à un grain. Cet homme n'éprouva d'ailleurs aucun soulagement.

En comparant cette observation et la précédente, on peut voir combien l'action de la strychnine peut varier, en raison de la susceptibilité des sujets.

IV. Un homme, maniant habituellement le blanc de céruse (sous-carbonate de plomb), avait le même genre de paralysie que les précédents. Une pilule d'un douzième de grain donna lieu chez lui à un assez violent trismus. Le lendemain, une autre pilule lui fut administrée, et, cette fois, comme chez le malade de l'observation II, il n'en ressentit aucun effet. Deux pilules produisirent d'assez fortes secousses dans les membres. Dans un assez court espace de temps, la dose de strychnine fut élevée à deux tiers de grain ; mais on ne put la dépasser, vu les symptômes de tétanos qui se manifestèrent alors. Lorsque le malade quitta l'hôpital, il était moins paralysé.

V. Chez un potier de terre, paralysé comme les précédents, la dose de strychnine fut portée en douze jours jusqu'à un grain : il n'eut que quelques contractions assez faibles. On dépassa cette dose ; dès lors, serrement des mâchoires, renversement de la tête en arrière. Effrayé de ces accidents, le malade ne voulut plus prendre de pilules. Il sortit sans être soulagé.

VI. Un homme entra à l'hôpital, atteint d'une paraplégie incomplète, qui avait été vainement combattue par les vésicatoires, les moxas et les cautères appliqués à la région lombaire ; il n'y a d'ailleurs aucune déviation de la colonne. Une pilule d'un douzième de grain ne produisit aucun effet, deux pilules donnèrent lieu à de légères secousses des membres inférieurs ; on les porta à la dose de quatre par jour (un entier de grain). Mais à cette dose le malade éprouva d'assez vives douleurs dans la région lombaire ; en même temps, raideur des membres inférieurs seulement ; augmentation notable de la paraplégie ; cessation de la strychnine.

Chez cet individu, la paraplégie était vraisemblablement le résultat d'une lésion de la moelle, que la strychnine parut aggraver.

VII. Un vieillard était atteint depuis longtemps d'une paraplégie complète ; il prit trois pilules d'un douzième de grain sans en ressentir d'effet. Quatre pilules (un tiers de grain) produisirent de légères contractions dans les quatre membres. On en cessa l'emploi.

VIII. Un homme était resté hémiplégique à la suite d'une ancienne attaque d'apoplexie ; une pilule d'un douzième de grain suffit pour déterminer une forte roideur tétanique des membres paralysés. Les jours suivants, bien que la strychnine ne fût pas continuée, cet homme éprouva de violents maux de tête du côté opposé à l'hémiplégie ; son intelligence s'engourdit, l'hémiplégie augmenta ; en un mot, il présenta plusieurs symptômes qui caractérisent le ramollissement du cerveau. La strychnine détermina-t-elle dans ce cas un commencement d'inflammation autour de l'ancien foyer apoplectique ?

B. II. EMPLOI DE LA BRUCINE.

Les pilules de brucine qui ont été administrées aux malades dont les observations suivent, contenaient chacune un demi-grain de cet alcali. D'après les expériences faites sur les animaux, on était assuré de ne produire à cette dose aucun accident fâcheux.

I. Un broyeur de couleurs avait une paralysie des mains depuis deux mois environ ; il prit une pilule sans en ressentir aucun effet, deux pilules produisirent de très-légères secousses dans les bras, quatre pilules donnèrent lieu à d'assez fortes contractions. Il sortit guéri.

II. Un autre broyeur de couleurs, également paralytique, prit jusqu'à quatre grains de brucine sans effet sensible ; à la dose de quatre grains et demi, il éprouva une sorte de fourmillement incommode dans les bras : à la dose de cinq grains, assez fortes secousses sans accidents graves. La paralysie fut notablement diminuée.

III. Un peintre en bâtiments, paralysé des mains, ne commença à ressentir quelques secousses qu'à la dose de deux grains. Trois grains donnèrent lieu à un assez fort trismus. Le malade n'éprouva qu'une amélioration légère.

IV. Un homme maniant le plomb, et paralysé comme les précédents, éprouva une raideur tétanique des quatre membres après avoir pris trois grains et demi de brucine. Il ne fut point soulagé.

V. Un paraplégique, après avoir pris deux grains seulement de brucine, ressentit une vive douleur à la plante des pieds, ses membres inférieurs furent le siége de violentes contractions. Son état ne s'améliora pas.

De ces observations, je crois pouvoir tirer les corollaires suivants :

1° La strychnine pure agit sur l'homme comme l'extrait de noix vomique, mais avec une intensité beaucoup plus grande.

2° L'action de la strychnine est tellement énergique que ce n'est qu'avec les plus grandes précautions qu'on doit se permettre de l'employer. Ses effets varient d'ailleurs d'une manière remarquable selon la susceptibilité des individus. Ainsi, chez l'un un douzième de grain suffit pour

déterminer de graves accidents (obs. II), tandis que, chez un autre, la dose de strychnine put être élevée presque impunément jusqu'à un peu plus d'un grain (obs. III).

3° La brucine agit sur l'homme comme sur les animaux. Beaucoup moins énergique que la strychnine, puisqu'on peut sans inconvénient commencer à l'administrer à la dose d'un demi-grain, elle peut remplacer avec avantage, comme médicament, l'alcali de la noix vomique.

4° Considérées sous le rapport de leurs propriétés thérapeutiques, la strychnine et la brucine se montrent plus ou moins efficaces, selon les espèces de paralysie que l'on essaie de combattre avec elles. Employées dans des cas où la paralysie est liée à un état inflammatoire du cerveau ou de la moelle, elles aggraveront très-vraisemblablement les accidents. Chez les individus restés hémiplégiques à la suite d'hémorragie cérébrale, l'emploi de ces alcalis est le plus souvent inutile ; on doit même craindre qu'ils ne produisent une inflammation de la substance cérébrale autour du foyer apoplectique (obs. VIII). Mais il est des cas où, comme par une sorte d'habitude, la paralysie semble encore persister après la résorption de l'épanchement ; alors elle peut céder aux alcalis de la noix vomique et de la fausse angusture. Enfin, ces mêmes alcalis semblent surtout efficaces contre les paralysies dont la cause ne semble pas résider dans une lésion inflammatoire des centres nerveux ; telle est en particulier l'espèce de paralysie à laquelle sont si fréquemment sujets les individus qui manient les préparations saturnines. Les observations précédentes attestent l'efficacité de la strychnine ou de la brucine dans cette espèce de paralysie : sur neuf individus qui ont été atteints, six ont été guéris, ou du moins soulagés. Je pourrais citer ici d'autres cas de paralysie du même genre, qui ont également cédé à l'extrait alcoolique de noix vomique (1).

ARTICLE IV.

NATURE DE LA COLIQUE DE PLOMB.

Cette colique est-elle le résultat d'une inflammation gastro-intestinale ? Nous pouvons maintenant répondre négativement à cette question.

---

(1) On sait que c'est au professeur Fouquier que la science doit les premiers essais thérapeutiques qui ont été faits sur cette substance.

Ce serait, en effet, une singulière gastro-entérite, que celle dont l'ouverture des cadavres ne montrerait aucune trace ; qui, assez intense pour produire les plus atroces douleurs, n'éveillerait jamais la fièvre, et qui serait toujours sûrement guérie par les médicaments les plus éminemment propres à exaspérer cette gastro-entérite, si elle existait réellement. S'il est un fait dont nous sommes convaincu en médecine, c'est que la colique de plomb n'est point une inflammation. Si nous faisons attention aux divers accidents nerveux qui la compliquent, et qui peuvent aussi exister sans elle, nous serons porté à penser que les symptômes qui se manifestent du côté des voies digestives chez les individus soumis à l'influence des préparations saturnines, sont également le résultat du trouble apporté par celles-ci dans les fonctions de la partie des centres nerveux qui préside spécialement au tube digestif. La colique de plomb est donc pour nous une névrose, dans laquelle paraissent être particulièrement lésés le prolongement rachidien et les plexus abdominaux du grand sympathique. La constipation semble dépendre, ou de l'anéantissement du mouvement contractile des intestins, ou de la suspension de sécrétion du mucus intestinal.

ARTICLE V.

OBSERVATIONS SUR QUELQUES ÉTATS MORBIDES, QUI, PAR LEURS SYMPTÔMES ET LEUR TRAITEMENT, ONT PLUS OU MOINS D'ANALOGIE AVEC LES ACCIDENTS CAUSÉS PAR LES PRÉPARATIONS DE PLOMB.

Les symptômes de la colique de plomb se manifestent quelquefois chez des individus qui n'ont été soumis à l'influence d'aucune préparation saturnine ; il semble alors que la modification imprimée par l'action du plomb au système nerveux se produise spontanément ; d'où résulteront les mêmes accidents, qui céderont au même traitement, plus ou moins mitigé. Nous citerons à ce sujet le fait suivant, que nous choisissons entre plusieurs autres semblables observés à la Charité.

XIe OBSERVATION.

Douleurs abdominales simulant celles de la colique de plomb. Administration répétée de l'huile de ricin. Guérison.

Un cloutier, âgé de 38 ans, fortement constitué, n'avait pas été à la selle depuis quelques jours, lorsque, dans la matinée du 22 juin, il fut pris tout à coup, au moment où

il allait déjeuner, de vives douleurs abdominales, qui avaient surtout leur siége aux environs de l'ombilic. Il prit à cette époque une potion opiacée. Dans la journée, les douleurs diminuèrent un peu ; mais la nuit elles reparurent avec une nouvelle intensité. Nous le vîmes le lendemain dans la matinée, 23 juin ; il nous offrit l'état suivant :

La face, pâle, exprimait l'anxiété la plus vive ; les yeux étaient ternes, abattus ; les douleurs de l'abdomen étaient très-vives, insupportables ; la pression ne les exaspérait ni ne les calmait ; pas de selles ; langue naturelle ; pas de vomissements ; apyrexie complète ; deux onces de l'huile de ricin furent prescrites : plusieurs évacuations alvines très-abondantes eurent lieu. Dans la soirée, le malade se sentit notablement soulagé ; la nuit il dormait bien. Le 24, il prit encore de l'huile de ricin. Le 25, il ne sentit plus aucune douleur. Le 26, de petits boutons rouges, coniques, apparurent sur le ventre ; deux jours après, ces boutons étaient effacés. Le malade sortit bien portant le 29.

Chez cet individu, les douleurs abdominales cédèrent facilement dès que les évacuations alvines eurent été rétablies. Nous avons vu, chez d'autres malades, ces douleurs être beaucoup plus opiniâtres, cesser par intervalles pour revenir ensuite. Nous les avons vues, dans un cas, persister pendant plus d'un mois, non pas d'une manière continue, mais de telle sorte qu'elles revenaient par accès irréguliers, qui peu à peu s'éloignèrent, devinrent moins intenses, et finirent enfin par ne plus se montrer. Dans ce cas, nous observâmes de plus un phénomène qui ne nous fut point offert par les autres malades : lorsque la douleur reparaissait, une tumeur très-dure, semblant formée par des anses intestinales agglomérées, se montrait en un point de l'abdomen ; cette tumeur persistait tant que la douleur se faisait sentir ; elle disparaissait avec elle, et alors l'abdomen redevenait souple et indolent ; jamais d'ailleurs, il n'y eut la moindre apparence de fièvre. Dans les premiers temps de cette maladie, de nombreuses applications de sangsues furent faites sur l'abdomen, sans qu'il en résultât aucun effet avantageux. On donna ensuite à plusieurs reprises de l'huile de ricin, qui produisit, chaque fois qu'elle fut administrée, des évacuations alvines très-copieuses ; on donna aussi plusieurs fois diverses préparations d'opium.

Il est une autre espèce de colique qui présente des symptômes plus évidemment inflammatoires que la précédente, c'est celle qui reconnaît pour cause le maniement habituel du cuivre. On l'observe fréquemment à la Charité chez des limeurs, chez des fondeurs en cuivre, chez des ouvriers qui fabriquent avec ce métal différents instruments. Cette colique diffère de la colique saturnine 1° par la moindre intensité des douleurs ; 2° par l'existence du dévoiement ; 3° par la fréquence plus grande d'un mouvement fébrile concomitant ; en un mot, elle paraît être, beaucoup plus que la colique de plomb, le résultat d'une véritable inflammation du tube digestif. Cependant, en pareil cas, nous avons vu fréquemment M. Lerminier donner avec succès les évacuants énergiques, qui forment la base du traitement de la colique de plomb : le nombre des selles, artificiellement augmenté, diminuait ensuite, et, après que d'adondants vomissements et de copieuses déjections alvines avaient eu lieu, la santé se rétablissait. Ne semble-t-il pas qu'alors le bon effet des purgatifs est dû à ce que, par eux, sont plus promptement expulsées de l'économie les particules cuivreuses qui causaient les accidents ?

Nous rappellerons ici, en particulier, un seul fait de ce genre, remarquable par les symptômes de dyssenterie qui existaient.

XIIe OBSERVATION.

Colique de cuivre. Symptômes de dyssenterie. Traitement ordinaire de la colique de plomb. Guérison rapide.

Un fondeur en cuivre, âgé de 50 ans, jouissait habituellement d'une bonne santé. Lorsqu'il entra à la Charité, il éprouvait déjà, depuis une quinzaine de jours, des douleurs abdominales qui, par intervalles, devenaient assez vives pour causer un commencement de défaillance.

Depuis huit jours environ, il éprouvait un ténesme très-douloureux ; tourmenté d'envies continuelles d'aller à la selle, il ne rendait avec effort que quelques mucosités filantes, souvent teintes de sang. La douleur abdominale n'augmentait pas par la pression : la langue avait un aspect naturel, la face était pâle et grippée; il n'y avait qu'une légère accélération du pouls, sans beaucoup de chaleur à la peau. Le premier jour, M. Lerminier fit appliquer quinze sangsues à l'anus. Le lendemain, aucun amendement n'avait eu lieu ; il se détermina alors à mettre en usage le traitement de la colique saturnine. Dès le second jour, à la suite d'abondantes évacuations, *les douleurs abdominales étaient infiniment moindres, le ténesme avait disparu.* Le traitement fut continué : tous les symptômes de dyssenterie cessèrent, et le malade ne tarda pas à sortir dans un parfait état de santé (1).

---

(1) Dans les cas même où les symptômes dyssentériques ne sont pas produits, comme ici, par une cause spécifique, on peut leur opposer avec un incontestable avantage un autre traitement que le traitement antiphlogistique proprement dit. Depuis deux ans, nous avons administré à tous les individus atteints de dyssenterie, qui sont entrés à la Pitié dans notre service, vingt-quatre grains d'ipécacuanha. Tous après avoir plus ou moins abondamment vomi, ont été très-promptement guéris, et dès le lendemain ou le surlendemain au plus tard de l'administration de l'ipécacuanha, les symptômes de dyssenterie avaient disparu chez eux. Chez tous d'ailleurs la dyssenterie était assez légère, et aucun mouvement fébrile ne l'accompagnait.

LIVRE DEUXIÈME.

MALADIES DU FOIE

ET DE SES ANNEXES.

1. Le foie est un des organes dont les maladies, en raison de leur gravité et de leur fréquence, ont été le plus étudiées; et cependant, parmi les nombreuses altérations dont il peut être atteint, il en est encore plusieurs dont la nature est loin d'être bien déterminée, et dont les symptômes sont très-obscurs. Ce n'est point un traité des maladies du foie qu'on va lire; ce sont quelques recherches, quelques observations sur plusieurs points de l'histoire de ces maladies. Outre qu'un traité de ce genre n'entre point dans le plan de notre ouvrage, nous pensons que l'époque n'est point encore arrivée où l'on pourra publier, avec fruit, une histoire complète des affections du foie ; ceux qui, par la suite, s'en occuperont, pourront trouver dans notre ouvrage quelques utiles matériaux ; c'est là le but principal de notre travail.

Dans une première section, nous parlerons des affections du parenchyme même du foie; et, dans une seconde, de celles des voies d'excrétion de la bile.

SECTION PREMIÈRE.

MALADIES DU PARENCHYME DU FOIE.

CHAPITRE PREMIER.

LÉSIONS TROUVÉES DANS LE FOIE APRÈS LA MORT.

2. Parmi les diverses altérations du foie, les unes sont précédées ou accompagnées d'un afflux de sang plus ou moins considérable ; dans les autres, au contraire, il y a diminution réelle ou apparente de la quantité de sang que doit recevoir le foie dans son état normal : tel est le premier résultat auquel conduit l'observation. Les états morbides où l'augmentation de l'afflux sanguin peut être démontrée d'une manière directe ou indirecte, sont l'augmentation du volume du foie, son hypertrophie, son induration, la formation du pus ou d'autres produits accidentels au sein de son parenchyme. Les états morbides où il semble que doive être admise une diminution de l'afflux sanguin sont sa décoloration et son atrophie. On peut désigner, si l'on veut, les divers états morbides du foie où il y a congestion sanguine augmentée sous le terme générique d'*hépatite ;* mais il faut alors s'entendre sur la valeur de ce mot, ne pas croire qu'une fois adopté, il rende compte des altérations de nutrition aussi nombreuses que variées que peut présenter l'organe hépatique : tout ce qu'il indique, c'est l'élément commun qui concourt à la production de ces altérations, savoir : la congestion sanguine. Mais quelle est la cause des nombreuses différences de ces altérations? Elle ne peut certainement être trouvée ni dans la durée, ni dans l'intensité de cette congestion sanguine; car, soit qu'elle soit courte ou qu'elle soit prolongée, qu'elle soit forte ou faible, on voit indifféremment se produire toute espèce d'altération de nutrition. Pour le développement de chacune de ces espèces, il faut donc admettre des éléments particuliers dont la nature nous échappe, et dont l'existence cependant ne me semble pas moins dé-

montrée que ne l'est celle de l'élément commun de la congestion sanguine. Il y a d'ailleurs des cas où ce n'est que par voie d'analogie et par généralisation de faits particuliers, que peut même être admis cet élément commun; car les symptômes ne l'ont pas révélé pendant la vie, et après la mort on n'en affirme ou l'on n'en suppose l'existence que par la considération des produits que l'on trouve dans le foie, produits que dans d'autres organes on voit se développer à la suite de congestions sanguines, ordinairement évidentes. Il en est ainsi de plusieurs productions accidentelles, comme des tubercules, des cancers. Il peut se faire aussi que, même dans les cas où l'on trouve le foie recevant moins de sang et moins nourri que dans son état normal, décoloré, atrophié, cet état ait été précédé, comme les autres, d'une congestion sanguine ou d'une inflammation. Pour justifier cette assertion, je trouverais des cas analogues dans d'autres organes; et dans le foie lui-même je montrerais entre ces différents cas une identité de symptômes et de causes occasionnelles. Ainsi par exemple, de quatre individus observés à la Charité, chez lesquels le point de départ de l'affection du foie semblait avoir été également une violence extérieure, et chez lesquels il y avait eu également, au début de la maladie, douleur dans la région hépatique, le premier nous a offert un abcès creusé dans le parenchyme du foie; le second des hydatides; le troisième, des masses cancéreuses; le quatrième, une diminution du volume de l'organe. Ces faits méritent de ne pas être perdus de vue. En admettant d'ailleurs comme conséquence d'un certain nombre de faits, que l'atrophie du foie peut résulter d'un état inflammatoire primitif de cet organe, il ne s'ensuit pas du tout la conséquence qu'il en doive toujours être ainsi.

Outre la simple atrophie du foie et sa décoloration, il y a peut-être encore d'autres états pathologiques de cet organe, dont il ne serait pas déraisonnable de placer également la cause dans une diminution, dans une véritable rétrogradation de l'acte nutritif. Qu'est-ce, par exemple, que la dégénération graisseuse du foie? Si, pour répondre à cette question, nous observons dans quels cas diverses matières grasses viennent à se développer accidentellement dans l'économie, nous verrons que c'est très-souvent autour ou à la place de certains organes qui s'atrophient; nous trouverons de plus que ce qui existe morbidement chez l'homme est une loi de l'état physiologique dans le règne animal; et que, par exemple, chez les êtres dont le cerveau est peu développé (cachalots, poissons, etc.), la place que n'occupe pas la masse encéphalique

est occupée par un amas de matières grasses. N'est-ce pas de même à la place des molécules atrophiées du foie que se dépose de la graisse? Qu'est-ce encore que la formation des kystes séreux au milieu du foie? Voyez à cet égard ce qui a lieu dans d'autres organes. Sont-ils arrêtés dans leur développement? à leur place on trouve des poches séreuses, de telle sorte qu'il est possible que plusieurs de ces kystes du foie, regardés comme le résultat de son état inflammatoire, attestent peut-être l'existence d'un état tout opposé, d'une nutrition en moins. Quelle est, enfin, la cause des développements des vers vésiculaires que l'on trouve assez fréquemment dans le foie? Serait-il encore absurde de la chercher dans un état d'atrophie du parenchyme du foie? Cessant d'être assez puissante pour nourrir cet organe, la nature, pourrait-on dire, s'est arrêtée dans un travail inférieur d'organisme, et au lieu de produire les molécules d'un organe de mammifère, elle a développé une idatide. Je ne donne ces différentes idées que comme des conjectures plus ou moins probables, mais qui ne me semblent indignes ni d'examen ni de discussion; elles prouvent au moins qu'il y a encore des recherches à faire.

3. La première étude à entreprendre pour arriver à quelque connaissance exacte touchant la nature des maladies du foie, est de rechercher à en bien saisir les caractères anatomiques. Pour y parvenir, la meilleure méthode, à mon avis, est de prendre son point de départ dans la considération de l'état sain du foie, de bien déterminer celui-ci, et de chercher ensuite à pénétrer la part que peuvent prendre les divers éléments anatomiques du foie, dans la formation de ses diverses altérations de texture. Voilà incontestablement la seule route qui puisse conduire à quelques résultats utiles. Mais est-elle praticable dans l'état actuel de la science? On en jugera par l'exposé des recherches auxquelles je me suis livré à cet égard : en essayant de pénétrer dans une route à peu près nouvelle, je n'ai pas dû faire beaucoup de chemin, mais j'ai dû surtout prendre garde à ne pas m'égarer (1).

4. Deux substances existent naturellement dans le foie : elles y sont disposées de manière à représenter assez bien par leur union la configuration d'une éponge. L'une de ces substances, d'un blanc plus ou

---

(1) Dans un mémoire récemment publié sur la cirrhose du foie (*Mémoires de la Société médicale d'Émulation*, tom. IX), M. le docteur Bouland a suivi la marche que j'indique ici, et c'est pour moi un plaisir de reconnaître que c'est à lui que je dois la première idée du travail qu'on va lire, et qui ne doit être regardé que comme un simple essai.

moins tranché, suivant les cas, représente la partie solide de l'éponge; elle ne renferme que de gros vaisseaux qui la traversent sans s'y ramifier; par conséquent elle ne contient que peu de sang. Dans ses aréoles est comme déposée l'autre substance, qui est rouge, éminemment vasculaire, d'apparence caverneuse, et paraissant susceptible, comme les tissus érectiles, d'augmenter et de diminuer rapidement de volume.

Dans l'état que je regarde comme étant l'état normal du foie, ces deux substances ne sont distinctes que pour celui qui les a observées, lorsque la maladie les a rendues plus saillantes. Si, dans cet état présumé normal, on examine une tranche du tissu du foie, on le trouve constitué par une substance d'un rouge intense, séparée en plusieurs compartiments par des lignes d'un blanc légèrement rosé, qui s'entrecroisent en sens différents, et forment comme des circonvolutions. Le foie contient-il une très-grande quantité de sang? la substance blanche se colore, et l'organe acquiert une teinte rouge uniforme : c'est ce qui existe normalement chez le fœtus, et accidentellement chez l'adulte, dans plusieurs circonstances qui seront indiquées plus bas. Le foie contient-il au contraire moins de sang que ne le comporte son état physiologique, la substance blanche devient d'abord très-apparente, puis, dans un degré encore plus avancé de cette sorte d'anémie locale, la substance rouge se décolore elle-même, et le foie présente une teinte blanchâtre, dans laquelle un examen attentif fait reconnaître encore les deux substances. Ces diverses nuances d'aspect du foie dépendent uniquement des proportions du sang qu'il contient, et il faut en tenir compte. Mais de plus, différentes altérations peuvent frapper isolément ou simultanément les deux substances que je viens de décrire, d'où résulteront pour le foie divers aspects qui constituent autant d'états morbides. Étudions d'abord les altérations isolées de l'une ou de l'autre de ces substances.

Une altération assez commune de la substance blanche, est son hypertrophie. Dans un premier degré, celle-ci est marquée par des lignes, par des circonvolutions qui restent très-apparentes, dans le cas même où le foie est le plus gorgé de sang. Dans un second degré, on voit ces lignes se transformer en plaques plus ou moins étendues; ainsi hypertrophiée, la substance blanche s'endurcit, et peut acquérir l'aspect fibreux. Cette substance hypertrophiée, modifiée dans sa forme, dans sa consistance, dans sa couleur, serait prise facilement pour un tissu de nouvelle formation, si on ne suivait peu à peu les divers degrés de celle-ci. Une erreur de ce genre a été, selon moi, commise par Laennec.

La lésion du foie qu'il a appelée cirrhose, et qu'il regardait comme un tissu accidentel, me semble uniquement le résultat d'un certain degré d'hypertrophie de la substance blanche. Cette cirrhose, examinée avec soin dans diverses phases de développement, ne me semble pas plus être un tissu accidentel que ne le sont les granulations pulmonaires que j'ai démontré ailleurs n'être autre chose que des inflammations partielles du poumon.

J'ai déjà dit que la substance rouge pouvait être diversement colorée et tuméfiée, en raison des quantités variables de sang qu'elle contenait. Elle peut aussi éprouver une véritable hypertrophie, d'où résulte, suivant les cas, l'aspect granulé ou lobulé du foie (*voyez* les observations particulières). Ailleurs, cette même substance rouge subit une entière décoloration, ou bien elle s'atrophie véritablement; et, dans ce cas, il y a diminution du volume du foie. Enfin, c'est surtout au sein de cette substance rouge que paraissent s'opérer les diverses sécrétions morbides dont le foie est assez souvent le siége.

5. Isolées, ou réunies et combinées de plusieurs manières, les altérations de ces deux substances produisent les divers états morbides du parenchyme hépatique. Ces états morbides sont spécialement 1° divers degrés de congestions sanguines, actives ou passives, vitales ou mécaniques; 2° des altérations de nutrition; 3° des altérations de sécrétion.

6. Les congestions sanguines du foie sont semblables à celles qui peuvent s'opérer dans tout tissu parenchymateux, dans le cerveau ou le poumon, par exemple. Tantôt la cause qui les produit est purement mécanique; c'est, par exemple, un obstacle au libre passage du sang à travers les cavités droites du cœur, d'où reflux et accumulation de ce liquide dans les vaisseaux hépatiques. Tantôt cette cause n'est plus mécanique; mais elle ne consiste pas encore dans un excès de vitalité, dans ce qu'on appelle le *stimulus inflammatoire*. Telles sont les congestions que présente le foie chez les individus scorbutiques. J'ignore si de pareilles congestions peuvent être appelées passives, dans le sens qu'on attache ordinairement à ce mot. Mais, ce qui me paraît bien évident, c'est que rien ne semble moins inflammatoire que ces congestions de sang dont plusieurs organes, chez les scorbutiques, deviennent simultanément le siége. Toutes les fois que j'ai eu occasion d'ouvrir les cadavres de ces malades, j'ai trouvé le foie très-gorgé de sang; ce liquide en ruisselait de toutes parts, et alors le tissu de l'organe présentait une teinte rouge uniforme : il y avait un pareil engorgement dans la rate.

Dans d'autres cas, enfin, le sang s'accumule extraordinairement dans le foie, sous l'influence d'un stimulus inflammatoire. Cette congestion active peut persister plus ou moins longtemps, sans qu'aucune autre altération survienne, si ce n'est, dans la plupart des cas, une modification dans la sécrétion de la bile. Si nous voulons nous en tenir à la simple observation, certes, un pareil état ne peut être distingué de ce qu'on appelle inflammation, on ne trouve pas autre chose dans tous les autres organes, pour constater leur inflammation, avant qu'il n'y ait altération de leur texture; dans tous, comme dans le foie, cette congestion, pour peu qu'elle soit intense, ou qu'elle se soit prolongée, s'accompagne d'une augmentation de volume du tissu qui en est le siége, et le plus souvent d'une augmentation de sa sécrétion normale. Dans le foie, comme partout ailleurs, cette congestion peut rester la seule modification morbide qu'ait éprouvée l'organe, qui revient sur-le-champ à son état normal, dès qu'elle cesse. Mais, d'autres fois, elle est le point de départ d'un grand nombre d'altérations qui se manifestent ultérieurement dans l'organe où elle siége; elle doit être considérée comme un des éléments de leur formation.

Les congestions sanguines du foie, quelle que soit leur cause, peuvent être ou générales ou partielles. Dans le premier cas, pour peu qu'elles soient considérables, le volume de l'organe est augmenté; on le voit dépasser plus ou moins le bord cartilagineux des côtes, ou refouler en haut le diaphragme. Une pareille augmentation de volume s'opère quelquefois avec une grande rapidité, et disparaît souvent de même; c'est surtout ce qui arrive dans les cas de congestions hépatiques, qui accompagnent les maladies du cœur; souvent alors, après que quelques saignées ont été pratiquées, et que la circulation est moins troublée, on cesse assez brusquement de sentir le foie qui remonte derrière les côtes, et qui, plus tard, redescend encore, si la maladie du cœur éprouve une nouvelle exaspération. Mais, par cela seul qu'il y a dans le foie stase habituelle du sang plus grande que de coutume, il y a disposition de l'irritation de l'organe, et, au bout d'un certain temps, à la congestion toute mécanique du foie peut s'ajouter une véritable congestion vitale active; celle-ci peut rester seule, ou être suivie de divers désordres de nutrition. De là, la fréquence assez grande des maladies consécutives du foie chez les individus atteints d'affections organiques du cœur.

Il y a des cas où la congestion sanguine du foie n'est que partielle; on trouve éparses à sa surface ou dans son intérieur des taches rouges

d'où s'écoule beaucoup de sang à l'incision. De semblables congestions partielles sont rarement l'effet d'une simple cause mécanique ; on ne comprend pas en effet pourquoi celle-ci ferait plutôt sentir son action en un point déterminé du foie que dans un autre.

Il est manifeste que, dans ces divers degrés de congestion, le rôle principal est joué par la substance rouge du foie.

Ces congestions, sans autre altération de texture, constituent un certain nombre de maladies du foie, annoncées pendant la vie par différents symptômes, qui varient en raison de l'intensité de la congestion, de son étendue, de la rapidité avec laquelle elle s'est effectuée, et de la cause qui lui a donné naissance.

Non-seulement sous l'influence des conditions qui viennent d'être énumérées, les vaisseaux du foie peuvent recevoir une beaucoup plus grande quantité de sang que celle qui leur est départie dans l'état normal, mais encore, soit qu'il y ait eu ou non congestion antécédente, ils peuvent se rompre, d'où hémorragie plus ou moins abondante, épanchement de sang dans le parenchyme du foie, sorte d'apoplexie hépatique. Le cas le plus remarquable de ce genre que j'aie eu occasion d'observer est le suivant :

M. S...., l'un des administrateurs de la Monnaie, jouissait d'une assez bonne santé, et n'avait jamais présenté en particulier aucun symptôme qui pût déceler chez lui l'existence d'une maladie du foie, lorsqu'un matin, en se réveillant, il sentit un peu de malaise et quelques douleurs abdominales; il manifesta le désir de rester couché, et on le laissa seul dans sa chambre. On y entra au bout de quelques heures, il n'était plus. Je fis l'ouverture du cadavre en présence de MM. les docteurs Double, Brunet et Sédillot fils. Les organes du crâne et du thorax, dans lesquels on pouvait s'attendre à trouver la cause de la mort subite de M. S...., ne présentèrent aucune altération. Le péritoine fut trouvé rempli d'une grande quantité de sang noir coagulé en partie ; beaucoup de caillots étaient surtout accumulés entre le diaphragme et la face convexe du foie. Vers la partie moyenne du lobe droit, sur cette même face convexe, on découvrit une ouverture assez large pour permettre l'introduction de l'extrémité du petit doigt. Cette ouverture était l'orifice d'une cavité creusée dans le parenchyme du foie, assez ample pour admettre un œuf de poule, et remplie par du sang. Un gros vaisseau déchiré s'ouvrait en un point de cette cavité : un stylet ayant été introduit, pénétra dans le tronc de la veine porte hépatique, dont ce vaisseau était une des principales divisions. La cause de la mort et la source de l'hémorragie furent dès lors manifestes. Autour de la cavité accidentelle qui contenait le sang, le parenchyme du foie avait conservé son état sain.

M. le docteur Honoré a récemment montré à l'Académie un foie creusé de plusieurs cavités qui contenaient du sang pur. On ne s'est point assuré, dans ce dernier cas, si ce sang était fourni par des vaisseaux dé-

chirés, ou s'il était le produit d'une simple exhalation. Dans son excellent mémoire sur les abcès du foie, M. Louis a cité le cas d'un individu dans le foie duquel on trouva une cavité du volume d'une noix, remplie d'un caillot fibrineux de sang noir, disposé par couches concentriques. On ne constata dans les vaisseaux sanguins l'existence d'aucune déchirure (1).

7. Consécutivement à une congestion sanguine, variable en intensité et en durée, le foie, avons-nous dit, peut subir dans sa nutrition des altérations notables. Au nombre de celles-ci, par exemple, il faut placer son hypertrophie générale ou partielle. L'augmentation de volume, également générale ou partielle, qu'il subit alors, n'est plus seulement le résultat d'une simple accumulation de sang dans son tissu, mais bien d'une augmentation dans le volume ou dans le nombre des molécules de celui-ci; en d'autres termes, sous un volume donné, il contient plus de parties solides, il a plus de densité. Si cette hypertrophie du foie est générale, il y a accroissement de volume de la totalité de l'organe; quelquefois cependant ce volume n'est pas augmenté, mais le tissu est plus dense, plus dur, se laisse diviser plus difficilement par le scalpel. C'est ainsi que, dans beaucoup de cas d'hypertrophies du système osseux, celui-ci n'a pas plus de volume, mais a seulement acquis une plus grande pesanteur spécifique.

Il peut arriver que l'hypertrophie du foie n'existe que dans l'une de ses substances, l'autre conservant son état normal, ou subissant en même temps une véritable atrophie. Si ce dernier cas a lieu, il peut en résulter une diminution du volume général du foie, bien qu'un de ses éléments anatomiques ait un volume plus considérable que de coutume. C'est ce qui a lieu, par exemple, dans beaucoup de cas de *cirrhoses*, que nous avons vues n'être autre chose que l'hypertrophie de la substance blanche. En même temps que la nutrition de celle-ci a acquis une activité insolite, la substance rouge a subi comme une sorte de retrait, et consécutivement à son atrophie, le volume du foie a diminué. La difficulté avec laquelle, en pareil cas, on fait pénétrer des injections dans la substance du foie; l'ascite qui suit à peu près constamment cette atrophie de la substance rouge, d'où résulte un aspect comme ratatiné du foie,

---

(1) *Mémoires* ou *Recherches anatomico-pathologiques*, par P. Ch. A. Louis, 1826, page 381. J'ai cité dans mon *Précis d'Anatomie pathologique* quelques autres cas d'hémorragie du foie.

paraissent démontrer qu'il y a alors oblitération d'une grande partie des petits vaisseaux qui constituent cette substance rouge. Souvent aussi l'inégale hypertrophie d'un certain nombre de granulations soit isolées et rares, soit nombreuses et groupées, coïncide avec une notable diminution du volume du foie, ce qui dépend de l'atrophie d'autres portions de la substance rouge, ou de la substance blanche.

L'hypertrophie du foie, soit partielle, soit générale, est le plus souvent accompagnée d'une augmentation de sa consistance. Elle peut exister avec diverses nuances de coloration dont les principales sont la teinte rouge, jaune, verdâtre, brune, grise, ou même blanche. Plusieurs de ces teintes se mêlent souvent ensemble, d'où résultent les aspects les plus variés du foie, que j'essaierai de faire ressortir dans les observations particulières.

Il y a des cas où, sous le rapport de sa forme, de son volume, de sa couleur, de la proportion de ses substances, le foie paraît être dans son état physiologique ; mais sa consistance est singulièrement diminuée ; son tissu est d'une extrême friabilité ; il s'écrase et se réduit en pulpe sous le doigt qui le presse ; il n'a pas quelquefois plus de consistance que la matière lie de vin qui remplit les aréoles de la rate. Sans doute, l'analogie avec ce qu'on observe dans d'autres organes, et de plus les cas où l'on a vu ce ramollissement du foie coïncider avec tous les symptômes d'une hépatite, doivent porter à admettre que ce ramollissement est le résultat d'un travail inflammatoire. Cependant, tout convaincu que je suis qu'un grand nombre de ramollissements succèdent à une inflammation, j'hésite à admettre qu'il en soit de même pour tous ; les preuves me manquent pour prendre, dans tous les cas, à cet égard, une décision définitive. Je le demande à tout homme de bonne foi : n'a-t-il pas rencontré de ces cas où un ramollissement existant dans le cerveau, l'estomac, le foie, etc., il lui a été impossible d'affirmer qu'aucune espèce de congestion sanguine, de travail d'irritation quelconque, ait précédé ou accompagné le ramollissement dont ces organes étaient le siége ? Dans ces cas difficiles, sachons douter et attendre.

On a souvent parlé de l'augmentation de volume du lobe de Spigel, augmentation assez considérable pour que ce lobe constituât une tumeur appréciable au palper. Parmi les nombreux malades examinés à la Charité et ailleurs, pendant leur vie ou après leur mort, aucun ne nous a offert ce genre d'altération du foie, qui, au dire de beaucoup de médecins, serait très-commun ; jamais, pendant la vie, nous n'avons pu sen-

tir isolément le lobe de Spigel à travers les parois abdominales, et jamais, après la mort, nous n'avons constaté son hypertrophie indépendante de celle du reste du foie. Il faut donc regarder les tumeurs qui seraient formées par le petit lobe de Spigel comme un fait aussi rare que le serait une tumeur constituée ou par un anévrysme du tronc cœliaque, ou par une maladie du pancréas (1).

Quant aux deux lobes principaux du foie, on les trouve souvent hypertrophiés ou atrophiés isolément l'un de l'autre. Le lobe droit, par exemple, peut être beaucoup plus volumineux que de coutume, et le lobe gauche ne plus consister qu'en un très-mince appendice. D'autres fois le lobe droit a au contraire, diminué de volume ; il n'occupe qu'une petite partie de sa place accoutumée, tandis que le lobe gauche, hypertrophié, s'étend beaucoup plus que de coutume dans l'hypocondre gauche, et peut même être la cause d'un son mat, à la partie latérale inférieure gauche du thorax. Dans ce cas, le foie de l'adulte se rapproche de la disposition du foie du fœtus, chez lequel le lobe gauche l'emporte en volume sur le droit.

8. Le dernier ordre d'altérations du foie consiste dans les sécrétions morbides qui peuvent s'opérer dans son parenchyme. Ainsi, du pus peut l'infiltrer, ou s'y réunir en foyer.

On peut signaler quatre circonstances principales, dans lesquelles le foie devient le siége d'abcès. Ils s'y forment, 1° à la suite de violences extérieures, qui agissent directement sur le foie ; 2° à la suite de lésions traumatiques du cerveau ; 3° spontanément, comme terminaison d'une hépatite aiguë ou chronique : ce cas est plus rare que les deux premiers ; 4° enfin, il y a des circonstances où le pus qu'on trouve dans le foie ne semble pas s'être accumulé consécutivement à une hépatite ; formé ailleurs, et porté dans le torrent circulatoire, on dirait qu'il n'a fait que se séparer du sang dans l'intérieur du foie. Toujours est-il qu'en pareil cas aucun symptôme d'hépatite n'a existé pendant la vie ; qu'après la mort on ne trouve aucune trace d'inflammation, d'un travail pathologique quelconque, autour de la collection purulente ; que, le plus souvent, on trouve en même temps de semblables abcès en d'autres parties, dans le poumon, dans la rate, dans le cerveau, dans le tissu cellulaire

---

(1) Dans un cas d'affection cancéreuse du pancréas que nous avons précédemment cité, il n'y avait eu pendant la vie aucune tumeur appréciable à travers les parois abdominales.

sous-cutané et intermusculaire ; que, dans aucune de ces parties, la formation du pus n'a été précédée de signes d'inflammation, et qu'enfin cette espèce d'abcès se produit surtout dans des conditions données de l'économie, savoir : à la suite des grandes opérations chirurgicales, ou des métro-péritonites puerpérales, ou bien lorsqu'une abondante suppuration, entretenue depuis longtemps, a été tout à coup tarie. Nous citerons plus bas des faits relatifs à ces différentes espèces d'abcès ; la suppuration du foie est, d'ailleurs, une affection fort rare.

A la place du pus, le tissu du foie peut sécréter diverses matières, tantôt jaunes et friables, tantôt plus ou moins semblables à de la gélatine ou à de la colle. Ces diverses matières, qu'en raison de différences souvent peu essentielles dans leurs qualités physiques, on a appelées de noms différents, soit tubercules, soit matière encéphaloïde, soit stéatomes, etc., ont pour caractère commun et important d'être sécrétées au sein du parenchyme du foie, et à la suite d'une congestion sanguine plus ou moins évidente, comme peut y être sécrété le pus. Elles y sont même plus souvent formées que celui-ci. Tantôt le tissu du foie est encore apparent là où existent ces matières sécrétées ; il est infiltré par elle, et en même temps plus ou moins fortement injecté. Tantôt pour retrouver le tissu du foie, il faut avoir recours à une dissection attentive, ou à la macération, et alors on le voit exister en débris au milieu de la matière étrangère, de même que dans un phlegmon on retrouve au milieu du pus des débris de tissu cellulaire et de muscle. Le tissu du foie n'est pas seulement alors refoulé, il paraît être véritablement atrophié, résorbé ; la dissection m'a d'ailleurs convaincu d'un fait important, savoir : que les vaisseaux nombreux que l'on voit souvent se ramifier au milieu de masses blanches encéphaloïdes ne leur appartiennent point dans bien des cas ; qu'ils ne font que les traverser, et qu'ils ne sont autre chose qu'un reste du tissu du foie auquel ils appartiennent. Plus tard ces vaisseaux peuvent se rompre, et de là résulteront des hémorragies plus ou moins abondantes.

Ainsi, dans plus d'un cas, l'organisation dont on a doué un grand nombre de productions *accidentelles*, appartient moins à celles-ci qu'aux tissus mêmes au sein desquels elles sont développées.

CHAPITRE II.

SYMPTOMES DES MALADIES DU FOIE.

9. Ils sont peu nombreux, souvent trop obscurs, ou assez peu caractérisés, pour que, d'après eux, on puisse toujours affirmer l'existence d'une affection du foie. Dans d'autres circonstances, celle-ci n'est pas douteuse, mais il est très-difficile ou même impossible de déterminer sa nature; d'une part, en effet, des symptômes semblables sont souvent produits par plusieurs affections du foie, qui présentent les plus grandes différences sous le rapport de leurs caractères anatomiques; et d'autre part, on ne peut pas dire que dans aucune de ces affections on trouve un symptôme constant. L'ictère, par exemple, peut également manquer ou exister dans toutes les maladies du foie; il n'y a qu'un cas où il ne manque jamais, c'est lorsqu'il y a oblitération du canal cholédoque. Ce chapitre a spécialement pour but de présenter quelques données fournies par l'observation, qui aident, 1° à reconnaître l'existenee d'une maladie du foie; 2° à déterminer sa nature.

10. Les symptômes qui se manifestent dans les maladies du foie sont ou locaux ou généraux; il y a beaucoup de cas où les seconds sont beaucoup plus marqués que les premiers. Nous parlerons successivement des uns et des autres.

ARTICLE PREMIER.

SYMPTÔMES LOCAUX DES MALADIES DU FOIE.

11. Au nombre des symptômes locaux, nous trouvons d'abord la douleur. Variable en intensité, elle ne l'est pas moins par son siége : il est des malades chez lesquels elle est vague, mobile, et semblable, sous ce rapport, à une douleur rhumatismale; elle peut exister dans une grande étendue; ainsi, chez certains individus, toute la partie inférieure droite du thorax, et l'hypocondre du même côté, sont le siége d'une sensation douloureuse. Ailleurs elle n'existe qu'en quelques points circonscrits; ainsi on l'observe, 1° vers la région épigastrique; 2° le long du rebord cartilagineux des fausses côtes droites; 3° en un point plus ou moins limité de l'hypocondre droit; 4° vers la partie latérale inférieure droite du thorax, et quelquefois alors dans un espace très-circonscrit, tel que celui, par exemple, occupé par la dernière fausse côte droite;

5° postérieurement de ce même côté, près de la colonne vertébrale; et si alors la douleur se fait sentir un peu haut, on pourra facilement la confondre avec les douleurs dorsales des phthisiques ; 6° dans l'hypocondre gauche, à la place ordinairement occupée ou par le grand cul-de-sac de l'estomac, ou par la rate ; 7° enfin, en divers points de l'abdomen, tels que l'ombilic, les flancs, etc., s'ils sont occupés par le foie augmenté de volume. Il y a d'autres douleurs qui ne se manifestent plus seulement là où existe le foie, mais en des lieux plus ou moins éloignés ; elles sont purement sympathiques, et résultent d'une simple irritation nerveuse. Ainsi, on a depuis longtemps noté, sans pouvoir trop s'en rendre compte, la douleur fixée à l'épaule droite qui accompagne un certain nombre d'affections du foie ; cette douleur nous a paru exister moins souvent qu'on ne l'a dit ; cependant, dans plus d'un cas, nous l'avons observée d'une manière bien tranchée. Ces douleurs sympathiques peuvent encore occuper d'autres lieux. Nous aurons toujours présente à la mémoire l'observation d'un malade dont le foie fut trouvé, après la mort, rempli de masses dites cancéreuses. Jamais il n'avait accusé aucune douleur dans la région du foie ; mais de temps en temps les deux côtés du thorax devenaient le siége d'une sensation très-pénible, qui bientôt s'étendait aux bras et jusqu'à la main ; celle-ci était surtout le siége d'un fourmillement très-incommode, quelquefois des douleurs très-vives, lancinantes, passant comme des traits de feu, s'emparaient de l'un ou l'autre bras. Nous ne trouvâmes rien après la mort qui pût nous expliquer ces accidents. Nous avons vu d'autres malades dont la seule douleur existait à la tête ; cette douleur peut être même dans quelques cas assez forte, assez constante et assez prolongée, pour qu'elle fixe exclusivement l'attention du malade, auquel aucune sensation locale ne révèle que son foie est affecté. Enfin, un phénomène bien singulier que présentent un certain nombre d'individus atteints d'une maladie du foie, c'est une démangeaison très-vive et très-incommode à la peau : cet accident est surtout fréquent lorsqu'il y a ictère; mais il peut aussi exister dans les cas où la peau a conservé sa couleur naturelle.

Les douleurs ressenties à la région du foie, ou dans le lieu qu'il occupe accidentellement, peuvent être continues ou intermittentes. Dans l'un et l'autre cas, elles sont tantôt profondes, et se font sentir spontanément sans que le palper les augmente, d'autres fois celui-ci les augmente ; d'autres fois enfin, c'est seulement lorsqu'il est pratiqué que les malades ressentent de la douleur. Il y a des individus qui ne souffrent que lorsqu'ils marchent, lorsqu'ils sont en voiture, lorsqu'ils montent au descendent sur un plan incliné, lorsqu'ils se couchent sur l'un ou l'autre côté.

Une douleur fixée à la région du foie est souvent le premier symptôme qui porte à soupçonner que cet organe est malade. Il y a des individus qui, pendant un grand nombre d'années, n'ont éprouvé d'autres accidents du côté du foie qu'une douleur plus ou moins vive revenant par intervalles, leur teint était tout au plus un peu jaune ; d'ailleurs la région du foie était souple, les digestions habituellement bonnes, la nutrition dans un état assez satisfaisant ; mais il arrive une époque où l'ancienne douleur devient plus vive par intervalles ; et lorsqu'elle se réveille ainsi avec une intensité inaccoutumée, un mouvement fébrile s'établit, des traces d'ictère se manifestent souvent ; plus tard enfin ces symptômes intermittents deviennent continus, et l'existence d'une affection grave du foie n'est plus douteuse. Nous avons déjà parlé des cas où la douleur est le symptôme tellement prédominant qu'on en a fait une maladie a part, sous le nom de colique. Chez d'autres malades, la douleur ne survient que longtemps après que d'autres symptômes locaux ou généraux ont déjà annoncé l'existence d'une affection du foie. Souvent enfin cette affection parcourt toutes ses périodes, et entraîne les malades au tombeau, sans qu'aucune douleur ait jamais été ressentie à la région hépatique.

Plusieurs parties, situées dans le voisinage du foie, peuvent être le siége de diverses

douleurs qui ont été souvent confondues avec des douleurs du foie ; et il faut avouer qu'une pareille méprise est souvent difficile à éviter. Ces parties, dont les douleurs simulent celles du foie, peuvent être situées ou dans le thorax ou dans l'abdomen. Dans le thorax, nous trouvons certaines inflammations de la plèvre, et en particulier de la plèvre diaphragmatique qui révèlent leur existence par une douleur ayant son siége à la partie tout à fait inférieure du côté droit du thorax, le long du rebord cartilagineux des côtes, et jusque dans l'hypocondre droit. Souvent alors on peut croire d'autant plus facilement à une hépatite, qu'on voit survenir un ictère, lequel est vraisemblablement le résultat d'une irritation sympathique, communiquée de la plèvre diaphragmatique à la surface convexe du foie. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans des cas pareils nous avons trouvé une inflammation dans la plèvre, et aucune altération appréciable dans l'organe sécréteur de la bile.

Dans l'abdomen, une péritonite partielle développée aux environs du foie, une phlegmasie aiguë ou chronique du pylore ou du commencement du duodénum, une néphrite même ; enfin des tumeurs, telles que nous en avons cité ailleurs des exemples, développées soit entre le rein et le foie, soit au-dessous de l'épiploon gastro-hépatique, peuvent faire naître des douleurs qu'il serait souvent difficile de distinguer des douleurs appartenant au foie.

D'après l'existence de la douleur, son siége, sa nature, son intensité, l'époque de son apparition, peut-on découvrir de quelle espèce d'affection du foie elle dépend ? C'est déjà ce que plusieurs fois on a essayé de faire ; mais, dans la plupart des cas, les règles qu'on a posées à cet égard peuvent être renversées par des exceptions presque aussi nombreuses. Ainsi, l'on a établi que les affections dites cancéreuses du foie sont accompagnées de douleurs vives, lancinantes, caractéristiques ; et cependant, en faisant le relevé des notes que nous avons recueillies à cet égard, nous trouvons, d'une part, que ces douleurs ont été observées chez des individus qui avaient d'autres affections du foie, et d'autre part, nous trouvons que les individus atteints de cancers du foie, avec très-peu ou point de douleurs, sont à peu près aussi nombreux que ceux qui en ont éprouvé de vives.

Il n'est pas rare de rencontrer après la mort des adhérences celluleuses plus ou moins multipliées qui unissent le foie, soit au diaphragme, soit aux parois abdominales. A ces adhérences nous paraissent pouvoir être rattachées les douleurs, soit vives, soit légères, soit continues, soit intermittentes, qu'éprouvent dans l'hypocondre droit un certain nombre d'individus. Souvent ces douleurs, chaque fois qu'elles s'exaspèrent, s'accompagnent d'un trouble assez prononcé dans les fonctions du foie, sans que celui-ci soit lui-même malade.

On observe quelquefois dans la région hépatique des douleurs extrêmement vives, qui ne peuvent être expliquées après la mort par aucune lésion du foie ou de ses canaux excréteurs. C'est le cas de certaines coliques hépatiques. Cette seule circonstance, et, de plus, le caractère de ces douleurs, leur intermittence, le bon état de santé qui existe souvent dans leurs intervalles, nous portent à croire que ces douleurs ont spécialement leur siége dans les nombreux filets nerveux qui se distribuent au foie, et qui proviennent soit du pneumo-gastrique, soit surtout du grand sympathique. On a d'ailleurs la preuve que ces douleurs appartiennent au foie, parce qu'elles sont souvent accompagnées d'un ictère qui se dissipe avec elles, ou qui peut leur survivre pendant un temps plus ou moins long. Qu'y a-t-il d'étonnant que dans ce cas l'affection des nerfs modifie la sécrétion biliaire ? L'influence nerveuse ne modifie-t-elle pas d'une manière évidente bien d'autres sécrétions, comme celle des larmes, de la salive, de l'urine, etc. ? Le tic douloureux n'est-il pas accompagné d'un vice de sécrétion des glandes buccales, etc. ?

3° Il est certaines maladies du foie, qui le *plus ordinairement* ne produisent qu'une

douleur très-obtuse ou nulle. Telles sont un grand nombre de ses affections chroniques; le développement d'hydatides dans son intérieur ; sa dégénération graisseuse, son induration, ses diverses espèces d'hypertrophie générale ou partielle (granulations, cirrhose, etc.), enfin son atrophie également générale ou partielle. Dans cette dernière affection, où le foie ne forme point de tumeur, on peut prévoir combien, en raison de l'absence de la douleur, le diagnostic doit être obscur. Aussi ne peut-on l'établir que d'une manière conjecturale, d'après l'existence de quelques symptômes généraux dont il sera question plus bas. Il ne faut pas toutefois oublier que dans plusieurs cas où l'affection est devenue complétement indolente, lorsqu'on l'observe, il y a eu une époque, vers le début de la maladie, où des douleurs plus ou moins vives ont existé.

12. Les modifications que le foie présente souvent dans son volume peuvent être reconnues pendant la vie, s'il y a augmentation de ce volume ; et quelquefois même aussi lorsqu'il est diminué, on parvient à reconnaître cette diminution de volume, 1o par l'examen de l'abdomen et de la partie inférieure droite du thorax ; 2o par le *palper*; 3o par la percussion.

Il y a des cas où la simple vue découvre l'existence d'une tumeur dans l'hypocondre droit ; les parois abdominales sont soulevées par elle, et quelquefois on peut voir à travers ces parois se dessiner le bord tranchant du foie ; celui-ci devient surtout quelquefois bien manifeste, immédiatement après l'opération de la paracentèse. La simple vue suffit alors pour découvrir l'existence d'une maladie du foie. Chez d'autres individus on n'a plus des signes aussi tranchés. Par la vue, on constate seulement l'existence d'une tumeur soit dans l'un ou l'autre hypocondre, soit à l'épigastre. Mais il faut d'autres signes pour arriver à la connaissance de la nature de cette tumeur. Chez certains malades, la portion de ce viscère cachée derrière les côtes a augmenté de volume de manière à les déjeter en dehors, surtout dans leur partie cartilagineuse, et à produire ainsi une singulière déformation dans le côté droit inférieur du thorax. On voit alors la face antérieure des dernières côtes et de leurs cartilages devenir supérieure, leur bord supérieur devenir postérieur, etc. La dernière côte, repoussée en dehors, se montre très-manifeste à la simple vue.

Le *palper* fournit des renseignements plus nombreux, plus variés que ceux qui peuvent être donnés par la simple vue. Chez plusieurs individus atteints de maladies du foie avec augmentation du volume de cet organe, on ne constate rien autre chose, en palpant l'abdomen, qu'une résistance inégale à la pression des deux côtés de la ligne blanche. Ainsi, tandis que dans l'hypocondre gauche les parois abdominales se laissent facilement déprimer, et que la main *plonge* profondément sans trouver d'obstacles, dans l'hypocondre droit, au contraire, les parois abdominales sont tendues, comme si un corps solide, situé derrière elles, les empêchait de céder à la main qui cherche à les déprimer. Il y a beaucoup de cas de maladies du foie où cette inégalité de souplesse des deux hypocondres est le seul indice de la tuméfaction de cet organe.

D'autres fois il arrive que, dans l'hypocondre droit, on peut circonscrire un corps qui se prolonge derrière les côtes, et qui, par sa forme et sa situation, paraît être le foie développé. Mais, pour bien le reconnaître, la manière dont on exerce le palper n'est pas indifférente. Tantôt il suffit d'appliquer simplement la main sur l'hypocondre, et de le presser successivement d'avant en arrière dans ses divers points, puis de palper comparativement, et toujours de la même façon, les autres parties de l'abdomen. Il faut d'ailleurs exercer tour à tour le palper, le malade étant couché soit sur le dos, soit sur l'un ou l'autre hypocondre, assis, ou debout. Souvent, en pratiquant ainsi le palper, la tumeur, dont on reconnaît l'existence, ne peut être circonscrite, ses limites restent indéterminées. Employez alors un autre procédé. Portez sur l'hypocondre la main, disposée de telle manière que, tous les doigts étant étendus et rapprochés les uns des autres, à l'exception du pouce, le bord externe du doigt indicateur touche

dans toute son étendue les parois abdominales. Enfoncez directement la main dans cette direction d'avant en arrière, puis portez-la brusquement de bas en haut en rapprochant son bord cubital des parois de l'abdomen, et pressant toujours, suivant cette nouvelle direction, avec son bord radial. En procédant de la sorte, il arrive souvent qu'on parvient à circonscrire exactement le bord tranchant du foie. Tantôt, d'ailleurs, cet organe offre, dans toute son étendue appréciable au palper, une surface lisse, uniforme ; tantôt on y reconnaît des élévations insolites, des bosselures ; tantôt, enfin, il présente des points où il est véritablement enfoncé, déprimé, comme creusé en godet ; il semble que dans ces points il a subi une perte de substance.

Ce n'est pas seulement dans l'hypocondre droit que le foie peut se faire sentir par le palper ; il n'est guère de points de l'abdomen où, par ce moyen, l'on n'en ait reconnu l'existence. D'abord, on peut le sentir à la fois dans l'hypocondre droit, à l'épigastre, et dans l'hypocondre gauche. Alors le diagnostic offre peu de difficultés : en effet, on sent et on voit quelquefois la tumeur sortir, en quelque sorte, de derrière les côtes droites, et se prolonger de là dans les points indiqués. Elle peut se borner à l'épigastre, ou s'avancer plus ou moins dans l'hypocondre gauche ; plus d'une fois nous en avons ainsi suivi les progrès de droite à gauche. Une fois parvenue dans la portion splénique de l'abdomen, la tumeur hépatique peut s'y terminer de différentes manières, soit en formant une sorte de masse arrondie, dont on trouve mal les limites, soit en constituant une sorte de languette à bords minces, que l'on peut sentir encore à travers les parois abdominales.

Le diagnostic devient plus difficile lorsque la tumeur formée par le foie, nulle dans l'hypocondre droit, n'existe qu'à l'épigastre ou dans l'hypocondre gauche. Cela arrive lorsque le foie s'est inégalement développé, et que le lobe gauche est dans un état d'hypertrophie auquel ne participe point le lobe droit. Dans le premier cas, on peut la prendre pour une tumeur de l'estomac ; et dans le second, pour une tumeur de ce même estomac ou de la rate. Mais, avec de l'attention et de l'habitude, on parvient le plus souvent à distinguer ces différents cas. En effet, les tumeurs formées par l'estomac se prolongent très-rarement derrière les côtes ; elles ont en général une mobilité plus ou moins grande. Les tumeurs épigastriques qui sont formées par le foie peuvent être presque toujours suivies derrière les côtes ; on les limite exactement du côté de l'hypocondre gauche, tandis qu'à droite on les sent disparaître insensiblement, et sans qu'il soit possible de dire où elles finissent. Elles sont généralement beaucoup moins mobiles que les tumeurs de l'estomac. L'état des digestions peut encore servir à éclairer le diagnostic, mais toutefois d'une manière secondaire ; car, dans un grand nombre d'affections chroniques du foie, il y a simultanément gastrite, et, de plus, par sa seule présence dans l'épigastre, le foie peut comprimer l'estomac et en gêner les fonctions. Quant aux tumeurs formées par la rate, leur direction, le plus ordinairement oblique de haut en bas et de gauche à droite, et leur point de départ peuvent les distinguer, dans la plupart des cas, des tumeurs de l'hypocondre gauche constituées par le lobe gauche du foie.

Le foie peut encore occuper d'autres points de l'abdomen, et y être reconnu par le palper. On l'a vu occuper la région ombilicale, les flancs, toucher la crête iliaque, descendre même jusque près du pubis, et occuper enfin la presque totalité de l'abdomen. Les cas où il n'est séparé que d'un ou deux travers de doigt de la crête iliaque droite ne sont pas très-rares ; ceux où il s'avance jusque vers l'hypogastre sont beaucoup moins communs.

Deux circonstances principales s'opposent à ce que, dans un assez grand nombre de cas, on sente la tumeur que forme le foie dans un des points qui viennent d'être indiqués. La première de ces circonstances est l'existence d'un épanchement considérable de liquides dans la cavité du péritoine ; la seconde est la distension du gros

intestin, soit par des matières fécales, soit par des gaz. Cette distension cessant par des évacuations naturelles ou sollicitées, on commence à sentir très-bien une tumeur qui jusqu'alors avait été inappréciable, ou qui, du moins, n'avait pu être que vaguement soupçonnée.

Le foie peut former tumeur, soit à l'épigastre, soit dans l'un ou l'autre hypocondre, sans être réellement augmenté de volume. Cela arrive lorsqu'un épanchement formé dans la plèvre droite est assez considérable pour refouler en bas le diaphragme, et en même temps le foie, qui vient alors faire une saillie plus ou moins considérable au-dessous des côtes. Cela arrive encore lorsqu'une tumeur, développée dans l'abdomen, près du foie, et formée soit aux dépens des organes, soit aux dépens des portions de péritoine qui les séparent, tend à occuper la place que le foie remplit ordinairement. Dans un cas, par exemple, que nous avons cité ailleurs avec plus de détails, une tumeur enkistée, développée entre le rein et le foie, avait fait subir à ce dernier organe une sorte de mouvement de bascule, en vertu duquel le foie, repoussé de l'hypocondre droit, et fortement incliné de haut en bas, de droite à gauche, et d'arrière en avant, faisait, pendant la vie, une saillie considérable dans l'hypocondre gauche. On reconnut bien que la tumeur était constituée par le lobe gauche du foie, et, de plus, il était naturel de penser que ce lobe ne faisait ainsi une saillie considérable que parce que son volume était réellement augmenté. Il n'en était rien, cependant, comme nous le démontra l'ouverture du cadavre.

Non-seulement des tumeurs de l'estomac, de la rate, du péritoine péri-hépatique, de l'épiploon gastro-hépatique, peuvent quelquefois en imposer pour des tumeurs appartenant au foie, mais encore il y a des cas où des organes, situés très-loin du foie dans leur état normal, peuvent, en se tuméfiant, en se développant, se rapprocher des hypocondres, les occuper, et y constituer des tumeurs qui paraissent dépendre du foie.

Chez une femme atteinte d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, la tumeur affectait la disposition suivante : dans la région iliaque du côté droit, on sentait un corps dur, inégal, bosselé, on le suivait obliquement de bas en haut, et de droite à gauche, jusque vers l'ombilic, où il cessait d'être appréciable. Au-dessus de l'ombilic, l'abdomen avait la souplesse de son état physiologique. Mais, dans l'étendue de quelques travers de doigt, au-dessous du bord cartilagineux des côtes gauches, existait une seconde tumeur, constituée par un corps qui semblait être irrégulièrement arrondi, sans inégalités à sa surface. Ce corps paraissait se prolonger derrière les côtes. Il ressemblait tout à fait, par sa forme, sa situation et ses rapports, au lobe gauche du foie développé contre nature. Tel fut, en effet, le diagnostic qui fut porté. Quelque temps après l'entrée de la malade à l'hôpital, la tumeur inférieure ayant pris un grand accroissement, et sa nature ne semblant pas douteuse, l'opération de la paracentèse fut pratiquée, de manière à pénétrer dans l'intérieur de la tumeur, regardée comme une hydropisie enkistée de l'ovaire. Une grande quantité de liquide s'écoula ; la tumeur de la région iliaque s'affaissa, et en même temps, chose remarquable, la tumeur de l'hypocondre gauche, qui semblait n'avoir aucun rapport avec l'inférieure, changea de position, et descendit au niveau de l'ombilic. Dès-lors elle cessa d'être regardée comme appartenant au foie ; elle ne semblait plus être qu'une connexion de la tumeur de la région iliaque, et appartenir, comme elle, à l'hydropisie de l'ovaire dont elle paraissait constituer une loge. Mais, dans ce cas, pourquoi avait-elle occupé jusqu'alors l'hypocondre gauche, et pourquoi avait-elle changé brusquement de position après la ponction ? Cela pouvait s'expliquer. On pouvait concevoir, en effet, qu'avant cette opération la partie supérieure de la tumeur de l'ovaire était maintenue élevée, et comme soutenue dans l'un des hypocondres par la partie inférieure, que distendait une grande quantité de liquide ; celui-ci ayant été évacué, la tumeur de l'hypocondre devait nécessairement changer

de place. La malade succomba, et le diagnostic put être vérifié. L'ouverture du cadavre montra en effet les lésions suivantes :

Des adhérences intimes unissent le péritoine des parois abdominales à celui qui recouvre les viscères ; immédiatement derrière ces parois, apparaît une énorme tumeur qui remplit l'hypogastre, l'ombilic, les deux régions iliaques et les deux flancs, la totalité de l'hypocondre gauche, qu'elle occupe jusqu'au niveau de la cinquième côte, et une partie de l'épigastre et de l'hypochondre droit ; elle refoule fortement en haut le foie, qui remonte jusqu'à la quatrième côte, et l'estomac, qui se trouve placé au niveau de ce viscère. Au-devant d'elle se prolonge l'épiploon squirrheux ; dans le flanc gauche, l'on aperçoit le colon descendant, et quelques circonvolutions de l'intestin grêle, dont la plus grande partie est cachée par la tumeur. Elle se détache facilement des diverses parties qui sont en rapport avec elle, et auxquelles elle n'est unie que par des adhérences celluleuses peu intimes. En bas elle tient à la matrice par la trompe droite et le ligament ovarien du même côté. L'on ne trouve plus aucune trace de l'ovaire droit : le gauche est intact. Elle offre comme trois parties distinctes : l'une, située dans l'hypochondre gauche et l'épigastre, paraît formée d'un tissu dur et solide ; l'autre, située dans le flanc et la fosse iliaque droite, présente le même aspect. Enfin, la portion qui occupe l'ombilic et l'hypogastre, et qui réunit les deux précédents, est molle et rénitente, et paraît formée par une poche pleine de liquide ; en incisant cette troisième portion, on voit s'en écouler une grande quantité d'un liquide grisâtre, purulent, inodore. La cavité qui le contient pourrait admettre au moins la tête d'un fœtus à terme. De la face interne de ses parois s'élèvent huit à dix tumeurs, ayant, terme moyen, le volume d'une orange. Incisées, elles présentent toutes un tissu analogue ; ce sont des myriades de filaments déliés, rouges ou blancs, qui s'entrecroisant en mille sens différents, laissent entre eux des aréoles que remplit un liquide incolore dans les unes, rouge ou brunâtre dans les autres, et ayant beaucoup de rapports par sa consistance, sa ténacité, sa manière de filer entre les doigts, avec le mucus des fosses nasales. Les plus considérables de ses aréoles pourraient admettre une petite noisette ; les plus petites recevraient à peine une tête d'épingle de médiocre grosseur. Il serait, je pense, assez difficile de rapporter ce tissu à aucun de ceux décrits jusqu'à présent. En quelques endroits il paraissait se rapprocher du squirrhe ramolli, en d'autres du tissu érectile accidentel ; on eût dit, dans ces derniers points, d'un morceau de rate vidé de sang et soumis à des lavages répétés.

Un tissu entièrement analogue composait les deux autres parties de la tumeur.

Elle était enveloppée dans sa totalité par une membrane épaisse, manifestement fibreuse. Sa surface externe était recouverte par le péritoine ; sa face interne, examinée dans la grande poche, était rugueuse, d'une couleur rouge lie de vin, tapissée par une couche albumineuse, membraniforme, semblable à celle qui revêt les parois des cavernes pulmonaires. Elle présentait, en outre, un grand nombre de petites granulations blanches, du volume d'un grain de millet, et qui ressemblaient assez aux granulations qui s'élèvent de la face interne de plusieurs des hydatides connues sous le nom d'acéphalocystes.

On pouvait facilement diviser cette membrane en un grand nombre de feuillets superposés les uns aux autres. En quelques points le feuillet le plus interne présentait une coloration d'un noir foncé, sous forme de larges plaques ou de longues stries.

Le grand épiploon, ainsi que les portions du péritoine, qui, après avoir tapissé les flancs, se portent au-devant de la colonne vertébrale pour constituer le mésentère, étaient transformés en masses cancéreuses, épaisses ; incisées, elles présentaient en plusieurs points un tissu blanc, opaque, que parcouraient de nombreuses lignes rougeâtres (tissu encéphaloïde à l'état de crudité). En d'autres points, l'on ne trouvait plus qu'une sorte de détritus rougeâtre, et même de véritables épanchements sanguins (tissu

encéphaloïde ramolli). Ailleurs au tissu blanc et dur, que nous venons de décrire, se trouvait mêlé un tissu jaunâtre et friable, s'écrasant facilement sous le doigt, comme du sulfate de chaux saturé d'eau (matière tuberculeuse).

L'utérus était parfaitement sain.

Le foie présentait dans son intérieur trois ou quatre petites masses cancéreuses, formées par le tissu encéphaloïde encore cru, ayant chacune à peu près le volume d'une noisette.

La face interne de l'estomac était pâle ; sa muqueuse était saine.

Les poumons, parfaitement crépitants et d'un beau blanc rosé, ne descendaient de chaque côté que jusqu'au niveau de la quatrième côte. Cœur sain, rempli de sang noir liquide.

15. Si, après avoir passé en revue les différentes variétés de tumeurs que peut former le foie, appréciables au palper, nous recherchons quelles sont les maladies du foie dans lesquelles se montrent principalement ces tumeurs, nous ne pourrons poser à cet égard aucune règle constante. D'une part, en effet, il n'en est presque aucune dans laquelle la forme du foie ne puisse être modifiée de manière qu'il en résulte une tumeur reconnaissable pendant la vie ; et d'autre part, toutes les affections du foie peuvent naître, se développer, parcourir leurs diverses périodes, sans que l'organe augmente assez de volume pour former tumeur.

Dans les cas de simple congestion sanguine soit active et produite par un stimulus vital, soit liée à un obstacle mécanique à la circulation, le foie peut se tuméfier assez pour qu'on le sente dans l'hypochondre et à l'épigastre. Cette tuméfaction est quelquefois très-rapide ; souvent aussi on la voit disparaître avec autant de promptitude qu'elle s'était formée, soit spontanément, soit à la suite d'émissions sanguines plus ou moins abondantes. Il est des malades chez lesquels l'hypochondre droit se tuméfie ainsi, puis reprend promptement sa souplesse, et cela à plusieurs reprises. Ces sortes de tuméfactions intermittentes du foie s'observent surtout pendant le cours de certaines affections organiques du cœur. Elles ne sont d'ailleurs accompagnées, dans la plupart des cas, d'aucun autre trouble des fonctions du foie ; on n'observe ni douleur ni trace d'ictère. Quelquefois cependant les malades accusent une sensation pénible, une sorte de pesanteur vers l'hypochondre, et une légère teinte jaune se répand sur leur peau. Après avoir ainsi paru et disparu à plusieurs reprises, la tuméfaction du foie peut rester permanente, et ce qui n'était d'abord qu'une simple congestion, sanguine passagère, peut devenir insensiblement une grave altération de texture.

Il serait bien difficile, selon moi, de poser une ligne rigoureuse de démarcation, dans le foie, comme partout ailleurs, entre le plus haut degré d'une simple congestion active et l'inflammation proprement dite. Celle-ci peut exister, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique, sans produire aucune espèce de tumeur ; et si en même temps il n'existe pas de douleur, le diagnostic sera très-obscur. Mais dans un grand nombre de cas, l'hépatite aiguë entraîne la tuméfaction du foie, et celui-ci peut alors être senti dans l'hypochondre. Cette tuméfaction peut d'ailleurs exister, se former très-rapidement avec ou sans douleur, avec ou sans ictère. Quelquefois elle ne dure que peu de jours, et disparaît ; dans d'autres cas, elle persiste pendant plusieurs semaines, et même plusieurs mois, et se dissipe au bout de ce temps. Il faut admettre qu'en pareil cas il n'y a eu qu'engorgement du foie, sans altération réelle de sa nutrition. Cette tuméfaction, par engorgement inflammatoire de l'organe, peut s'être formée rapidement, et être ensuite restée stationnaire ; ou bien elle ne se développe que d'une manière insensible. Dans le premier cas, l'hépatite, aiguë à son début, ne passe que secondairement à l'état chronique ; dans le second cas, elle est primitivement chronique. Ces divers engorgements du foie sont d'autant plus dignes de fixer notre attention, qu'ils sont certainement le point de départ d'un très-grand nombre des affections organiques, soit

hypertrophie et induration de sa substance, soit dégénération cancéreuse, etc. Ce sont ces engorgements sanguins, aigus ou chroniques, sans autre altération, qui peuvent être combattus avec avantage par divers moyens thérapeutiques; tandis que ceux-ci paraissent être le plus ordinairement sans efficacité contre la plupart des altérations de texture, dont l'engorgement inflammatoire du foie a été également le point de départ. C'est pour n'avoir pas suffisamment distingué ces différents cas que les mêmes remèdes employés avec succès pour faire disparaître plusieurs tumeurs du foie, ont complétement échoué dans d'autres cas qui étaient identiques en apparence.

Dans ces cas de simples engorgements (1) du foie, la tumeur qu'il forme présente une surface lisse, sans bosselures, sans enfoncements. Il peut en être de même avec diverses altérations de texture. Mais, de plus, dans ce dernier cas, on observe souvent autre chose. Ainsi, dans le cas où le tissu du foie s'est induré, il présente souvent à sa surface de nombreuses inégalités qui résultent de ce qu'il ne s'est pas également hypertrophié dans tous ses points. Lorsque des masses cancéreuses se sont développées dans le parenchyme hépatique, le palper fait reconnaître, plus souvent que dans aucune autre affection du foie, de nombreuses bosselures qui soulèvent les parois abdominales. Mais, chose remarquable, il arrive parfois qu'au bout d'un temps plus ou moins long, ces bosselures disparaissent; la place qu'elles occupaient se creuse véritablement, et, au lieu d'une élévation, le palper découvre un enfoncement. Cela indique un progrès funeste de la maladie; là où l'on reconnaît une dépression qui a remplacé une bosselure, on peut être assuré qu'une masse cancéreuse a subi un ramollissement considérable.

De vastes abcès peuvent se former dans le foie, sans que leur présence soit accompagnée d'aucune tuméfaction de l'organe, appréciable au palper. D'autres fois, il existe bien une tumeur dans l'hypochondre, mais cette tumeur ne présente pas d'autres caractères que ceux qui appartiennent à un simple engorgement sanguin du foie. C'est là, je crois, le cas le plus commun. Dans d'autres circonstances, l'abcès, très-superficiellement situé, n'a pour parois, en avant, qu'une couche très-mince de substance du foie, laquelle se trouve en contact immédiat avec les parois abdominales. Alors, par une pression convenablement exercée, on peut reconnaître derrière ces parois l'existence d'une cavité pleine de liquide; autour de celle-ci on sent souvent un corps dur, qui n'est autre chose que la portion du parenchyme qui entoure l'abcès.

Les hydatides développées dans le foie y sont contenues dans un sac à parois fibreuses qui fait souvent saillie à l'extérieur de l'organe, et que le palper peut reconnaître. La tumeur qui en résulte soulève ordinairement un point des parois abdominales, et est apercevable à la simple vue. Si on la palpe, si on la presse en divers sens, on est frappé de son extrême résistance, de sa grande élasticité; ce qui est en rapport avec sa composition anatomique. Ces caractères extérieurs me semblent tellement tranchés, qu'ils peuvent faire regarder au moins comme très-probable que la tumeur appréciable par la vue et le palper, dans l'hyrochondre droit, et qui semble se continuer derrière les côtes, est due au développement d'un sac hydatifère. Cette espèce de tumeur, lorsqu'elle est exempte de toute complication, peut d'ailleurs exister longtemps, sans produire de douleur, sans gêner visiblement les fonctions du foie, sans déterminer de trouble sympathique dans l'économie, sans allumer la fièvre, sans altérer le mouvement nutritif général. Ces circonstances peuvent encore contribuer à éclairer le diagnostic.

(1) La structure du foie, telle que je l'ai précédemment indiquée, rend raison de la facilité avec laquelle peuvent s'effectuer ces engorgements, et de leur fréquence; elle explique aussi la rapide augmentation de volume que peut prendre l'organe.

J'ai observé à la Charité une remarquable terminaison de ces tumeurs, savoir : la transformation du sac hydatifère en un foyer purulent. Le malade avait présenté, pendant longtemps, près de l'épigastre, immédiatement au-dessous du rebord cartilagineux des côtes droites, une tumeur globuleuse, éminemment élastique, du volume d'une orange, sans douleur, sans changement de couleur à la peau, et avec conservation de la santé générale. Cette tumeur nous parut être un sac d'hydatides. Au bout d'un certain temps elle devint le siége d'une douleur d'abord peu vive, puis lancinante, par intervalles ; les traits de la face s'altérèrent ; un mouvement fébrile s'établit ; un amaigrissement notable eut lieu en peu de temps, une abondante diarrhée survint, mais longtemps après l'apparition des divers symptômes qui viennent d'être énumérés, et le malade succomba.

A l'ouverture du cadavre, on trouva sur la face supérieure du lobe gauche du foie une tumeur qui correspondait au point où on l'avait sentie pendant la vie à travers les parois abdominales. Cette tumeur ayant été incisée, il s'en écoula en grande quantité un pus verdâtre, inodore, au milieu duquel nageaient des hydatides rompues et déchirées, plusieurs n'existaient plus qu'en débris. La presque totalité du lobe gauche du foie était occupée par une grande cavité dans laquelle étaient contenus le pus et les hydatides que l'incision avait fait écouler.

Nous crûmes devoir admettre que la tumeur appréciable pendant la vie avait été d'abord constituée par un simple sac d'hydatides ; plus tard ce sac s'était enflammé, sa surface interne, au lieu d'exhaler de la sérosité, avait sécrété du pus ; et alors seulement avait apparu cet ensemble de symptômes graves, au milieu desquels succomba le sujet. L'état des hydatides était remarquable. Il est vraisemblable qu'elles avaient cessé de vivre, lorsque le pus avait commencé à les entourer. J'ai trouvé une autre fois des débris d'hydatides au milieu d'un abcès enkysté du péritoine ; et à cette occasion, je rappellerai que dans le tome II de cet ouvrage, j'ai cité des cas où de la matière tuberculeuse avait été déposée autour d'hydatides, et avait peu à peu envahi la cavité primitivement occupée par ces animaux.

D'autres tumeurs occupant l'hypochondre gauche dépendent de diverses altérations de la vésicule du fiel ; il en sera question ailleurs.

6. La percussion de la partie inférieure droite du thorax ne doit pas être négligée parmi les moyens qui peuvent être mis en usage pour découvrir le volume du foie. Il y a des cas où, en même temps que cet organe forme tumeur dans l'hypochondre droit, à l'épigastre ou en d'autres points de l'abdomen, il refoule fortement en haut le diaphragme, remonte plus que de coutume dans la cavité thoracique, s'applique plus exactement contre les côtes, et ne permet plus aux poumons de s'interposer entre lui et celles-ci. Alors le son des parois thoraciques, dans toute leur partie inférieure droite, a une matité plus complète et plus étendue que de coutume ; quelquefois même le lobe gauche du foie se développant de plus en plus, vient s'appliquer contre les dernières côtes gauches, et y produit un son mat pareil à celui que la rate tuméfiée détermine plus souvent en cet endroit. Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que le foie peut ainsi se développer considérablement, soit en haut vers la poitrine, soit latéralement dans sa partie gauche, sans déborder les côtes, de telle sorte qu'alors l'augmentation du son mat dans les points indiqués est la seule consistance qui puisse faire reconnaître l'accroissement de volume du foie.

D'autres fois, au contraire, le son de la partie inférieure droite du thorax est plus clair que de coutume. Cela arrive dans les cas où il y a diminution du volume du foie, et ce genre de renseignement n'est pas à négliger, lorsque d'autres signes portent à soupçonner l'existence d'une semblable lésion.

7. Le liquide sécrété par le foie semblerait devoir être altéré, lorsqu'il y a lésion de cet organe. Cependant il n'en est pas toujours ainsi. Il y a des cas où, le foie ayant été

longtemps et gravement malade, la bile ne présente, soit dans sa quantité, soit dans ses qualités, aucune modification qui soit au moins appréciable pour nous. D'un autre côté, on trouve quelquefois la bile notablement altérée, bien que la lésion du foie qui a pu y contribuer nous échappe entièrement. Assez souvent, par exemple, je n'ai rencontré dans la vésicule du fiel qu'un liquide aqueux ou albumineux, teint d'une légère couleur jaunâtre ; la surface interne des canaux biliaires n'était pas teinte en jaune comme de coutume ; ils contenaient un peu de liquide semblable à celui de la vésicule. J'ai trouvé cet état de la bile dans les trois cas suivants : 1° lorsqu'il y avait dégénération graisseuse du foie, comme si la sécrétion de la bile était alors remplacée par la sécrétion d'une matière grasse ; 2° dans quelques cas d'atrophie du foie portée à un haut degré; 3° dans quelques autres cas où il y avait hypertrophie, induration du parenchyme hépatique, développement de cirrhoses ou de granulations rouges. Il est vraisemblable que dans ces divers genres de lésions organiques, l'élément anatomique qui concourt à la sécrétion de la bile se trouve compromis. La bile m'a semblé s'éloigner beaucoup moins souvent de son état naturel, du moins en apparence, dans les cas où les productions accidentelles, comme pus, cancer, tubercule, hydatides, existaient dans le foie, dans les cas même où ces productions occupaient plus de la moitié et jusqu'aux trois quarts de la totalité du parenchyme hépatique. Au contraire, chez plusieurs individus morts de différentes maladies aiguës ou chroniques, étrangères à l'appareil biliaire, et chez lesquels le foie me parut être dans son état normal, j'ai retrouvé cette même bile séreuse et dans la vésicule et dans les principaux canaux ; elle paraissait n'être plus composée que d'eau, d'albumine et d'une petite quantité de matière colorante jaune. La connaissance de ces faits ne me semble pas sans importance. Elle tend à élever, si je puis ainsi dire, au rang des idées positives, une opinion qui, en Angleterre surtout, compte aujourd'hui de nombreux partisans, et d'après laquelle on regarde un certain nombre de dérangements de la digestion comme dépendant d'un vice de sécrétion de la bile. C'est parce que celle-ci, dit-on, ne coule plus dans le duodénum, ou n'y arrive que très-altérée, que chez plusieurs individus il y a 1° modification dans le nombre et les qualités des selles, qui sont rares, décolorées, trop consistantes, etc. ; 2° vraisemblablement chylification incomplète, et par suite de mauvaise nutrition, marasme, etc. Une telle opinion cesse, ce me semble, de pouvoir être considérée comme une simple hypothèse, dès qu'il est prouvé que dans un certain nombre de cas la bile est réellement modifiée dans ses qualités d'une manière notable. Or c'est ce qui résulte des faits qui viennent d'être cités. Mais cette transformation presque complète de la bile en eau et en albumine n'est pas vraisemblablement la seule altération qu'elle puisse subir ; ce n'est que la plus évidente. Ce qu'il y a au moins de certain, c'est qu'on trouve sur les cadavres les plus grandes différences dans l'aspect de la bile de la vésicule, sous le rapport de sa couleur qui varie depuis le jaune clair jusqu'au noir le plus foncé, sous le rapport de sa consistance, qui présente tant de degrés, depuis celui où elle coule comme de l'eau, jusqu'à celui où elle ressemble à un sirop très-épais, et dans lequel enfin elle se solidifie. Il y a certaines biles qui, mises en contact avec la peau, y excitent une sensation désagréable de chaleur âcre et de picotement, et, sous ce rapport, on connaît les expériences de Morgagni, qui, ayant placé dans le tissu cellulaire de plusieurs animaux de la bile recueillie sur divers cadavres, trouva que, dans certains cas, elle n'agissait que comme simple corps étranger là où elle était déposée, et qu'aucun fâcheux effet ne résultait de son absorption, tandis que, dans d'autres cas, elle avait une action éminemment délétère. Il serait à désirer qu'on répétât et qu'on suivît ces expériences. Nous savons si peu comment agit la bile pour coopérer à l'acte de la digestion, qu'il nous est impossible de prévoir quelle espèce d'influence peut exercer sur celle-ci un changement dans les qualités de la bile, dans les proportions ou la nature de ses éléments. Une modification qui nous paraît très-notable n'a peut-être que peu

d'influence ; une autre qui nous paraît moins grave, est peut-être d'une importance bien plus grande pour le parfait accomplissement de la digestion.

Ces faits étant posés, est-il au pouvoir de l'art de rétablir dans son intégrité la sécrétion de la bile? et pour cela quels moyens faut-il employer? Remarquez que dans beaucoup de cas où l'aspect que présente la bile trouvée sur le cadavre ne semble plus être celui de son état normal, le foie lui-même est exempt d'altérations appréciables, il semble seulement qu'en vertu de quelque modification latente dans ses propriétés vitales, dans sa structure moléculaire, il ait perdu la faculté de séparer du sang les éléments de la bile dans leurs proportions ordinaires. Les médecins anglais affirment qu'ils rendent au foie cette faculté, et que, par suite, ils rétablissent le cours de la bile, 1° en irritant par des purgatifs convenablement administrés la membrane muqueuse intestinale ; 2° en administrant le mercure doux, qui, d'après eux, exerce une action particulière sur la sécrétion du foie. De cette manière, disent-ils, ils rendent aux selles leur régularité, ils rétablissent les digestions dépravées, ramènent la fraîcheur et l'embonpoint, etc. Ainsi, ces mêmes désordres fonctionnels, qui, dans l'école de M. Broussais, sont regardés comme le résultat des diverses nuances de la gastro-entérite, sont considérés ailleurs comme liés à un simple vice de sécrétion de la bile ; et on les combat avec avantage, dit-on, par des moyens qui devraient nécessairement exaspérer la gastro-entérite, si elle existait. La conviction des médecins anglais relativement à la bonté de leur théorie et à l'efficacité de leur pratique est si forte, qu'il me semble que pour tout esprit raisonnable il y a ici sujet de doute, et par conséquent d'examen. Si, avant d'avoir expérimenté, on voulait résoudre la question, on serait, je crois, fort embarrassé. En effet interrogerait-on la théorie? Celle des médecins de la Grande-Bretagne repose sur des idées physiologiques aussi saines, aussi adoptables que la théorie donnée par M. Broussais. S'éclairerait-on des lumières de l'anatomie pathologique? Elle ne résoudrait pas plus la question : car elle montre aussi bien, à qui les cherche, des altérations très-appréciables dans les qualités de la bile, que des inflammations intestinales. Comptera-t-on enfin les succès des deux méthodes thérapeutiques? La difficulté ne fera qu'augmenter : car, en Angleterre, on a écrit autant de livres, on a cité autant d'observations en faveur de l'emploi du calomélas, des divers purgatifs, etc., pour faire cesser certains dérangements des fonctions digestives, qu'en France on a publié de faits en faveur de l'emploi des antiphlogistiques en même circonstance. Dans mon opinion personnelle, je crois que, si l'on faisait une étude expérimentale comparative de ces deux méthodes thérapeutiques, l'on arriverait à cette conclusion, que l'une ou l'autre peut être et doit être employée suivant les cas. Ce qu'ici je puis du moins affirmer, c'est que j'ai vu souvent l'administration des purgatifs faire cesser rapidement certains troubles de la digestion, caractérisés spécialement par de l'anorexie ou une grande irrégularité dans l'appétit, par un embarras ou pesanteur dans l'abdomen, qui se prolongeait longtemps après l'introduction des aliments dans l'estomac, par des borborygmes incommodes, par des selles alternativement trop fréquentes ou trop rares. Il y avait en même temps malaise général habituel, état de langueur physique et morale, teinte jaune de la face, yeux cernés, langue sale. Les cas de ce genre où j'ai vu les purgatifs réussir sont trop nombreux pour qu'il me soit possible de les regarder comme des exceptions. En fait l'utilité des purgatifs me semble une chose démontrée dans certains états morbides des voies digestives, qui, par cela même, ne me paraissent pas pouvoir être rapportés à un état inflammatoire. En théorie, les avantages d'une pareille médication pourraient être expliqués par un vice de sécrétion ou de la bile ou du mucus intestinal. Sans doute il y a alors altération quelconque dans l'organe sécréteur. Mais lorsqu'on affirme que cette altération est nécessairement une irritation, ne va-t-on pas au delà de la stricte observation des faits, ou même contre cette observation.

Les modifications dans les qualités de la bile, dont il vient d'être question, ne sont pas les seules altérations de ce liquide dont j'aie constaté l'existence sur le cadavre. Une circonstance m'a surtout frappé dans un assez grand nombre d'autopsies : c'est la quantité prodigieuse de bile qui remplit le canal intestinal chez certains individus qui ont eu pendant la vie une abondante diarrhée. Quant au foie, il ne présente aucune altération appréciable, seulement il est gorgé de bile. Le canal intestinal est tantôt gravement affecté, sa membrane muqueuse est enflammée, désorganisée, ulcérée ; tantôt, au contraire, il n'offre d'autre lésion appréciable qu'une injection légère des vaisseaux qui rampent dans la membrane muqueuse ou au-dessous d'elle ; de telle sorte que, si dans le premier cas, on peut dire, avec M. Broussais, que le flux bilieux a été consécutif à l'irritation intestinale, cette liaison n'est plus aussi claire dans le second cas. Si l'on invoque la susceptibilité individuelle, si l'on dit que l'irritation primitivement fixée sur l'intestin a disparu dans celui-ci en se métastasant sur le foie, on ne fait, selon moi, qu'éluder l'objection par une hypothèse ; et d'ailleurs ne pourrait-on pas aussi bien soutenir que l'injection vasculaire trouvée en quelques points des intestins, loin d'être la trace d'une inflammation primitive qui aurait causé le flux bilieux, est au contraire un effet de celui-ci? N'est-il pas, en effet, très-possible que l'excessive quantité de bile qui, dans un temps donné, se trouve en contact avec la membrane muqueuse intestinale, devienne pour celle-ci une cause d'irritation? Nul doute d'ailleurs qu'une excitation peu intense du canal digestif, telle que celle, par exemple, que produit un doux purgatif, ne suffise souvent pour donner lieu à un écoulement de bile très-abondant. Cet effet, déterminé souvent par les purgatifs, ne pourrait-il pas quelquefois devenir d'un très-grand avantage dans certains états morbides de l'économie? Si l'on voit plusieurs maladies se résoudre en même temps qu'un travail fluxionnaire s'établit sur la peau, sur les reins, sur les glandes salivaires, pourquoi ce même travail établi sur le foie n'aurait-il pas aussi son utilité dans certains cas ? Pourquoi ne le provoquerait-on pas artificiellement, comme on provoque les sueurs, l'urine, la salivation?

16. Soit que la bile continue à couler dans l'intestin, soit qu'elle n'y arrive plus, on voit dans un assez grand nombre d'affections du foie, et même dans certains cas où l'on ne découvre pas une maladie réelle de cet organe, les différents tissus intérieurs et extérieurs se colorer en un jaune qui offre diverses nuances ; de là résulte l'ictère, maladie dont la nature et les causes me semblent encore très-obscures ; les faits et les considérations qui vont suivre ne seront peut-être pas sans utilité pour en éclairer l'histoire.

Constatons d'abord quel est l'état du foie dans l'ictère.

Il n'y a dans l'appareil biliaire qu'une seule lésion qui soit liée d'une manière constante à l'existence de la jaunisse, c'est l'obstruction des canaux hépatique ou cholédoque. Je ne fais que la rappeler ici, devant en indiquer plus tard les causes et les principales variétés.

D'autres fois, les canaux biliaires sont trouvés libres après la mort ; et pendant la vie la nature des selles ne permettait pas de douter qu'ils ne fussent également libres. Cependant il y a ictère, et, pour l'expliquer, on trouve diverses affections organiques du foie. Mais ici on ne peut plus poser de règle constante comme dans le cas précédent. En effet, 1o toutes peuvent être également accompagnées d'ictère, soit le simple engorgement sanguin du foie, soit les divers degrés d'hypertrophie et d'atrophie de ses deux substances ou d'une seule d'elles, soit son ramollissement ou son induration, soit sa suppuration, soit sa dégénération cancéreuse ou tuberculeuse, etc. ; 2o on ne peut pas dire que l'une de ces affections coïncide plus souvent avec l'ictère que les autres ; 3o on les a vues toutes exister sans ictère. Celui-ci n'est donc la conséquence nécessaire d'aucune d'entre elles ; il faut d'autres conditions pour qu'il apparaisse.

Chez certains ictériques, le foie et ses dépendances sont exempts de toute altération

appréciable ; mais on trouve des lésions dans des organes dont l'irritation a pu se propager au foie, soit par continuité ou contiguité du tissu, soit par sympathie. J'ai principalement constaté l'existence des trois lésions suivantes : 1o d'une duodénite aiguë ou chronique à divers degrés: 2o d'une inflammation de la plèvre diaphragmatique du côté droit ; 3o d'une phlegmasie du cerveau ou de ses membranes. Ce troisième genre de lésion coïncide beaucoup plus rarement avec un ictère que les deux premiers.

Enfin , dans plusieurs cas d'ictère, on ne trouve aucune altération ni dans le foie , ni dans ses dépendances , ni dans les organes qui , par leur situation ou leur nature , peuvent exercer quelque influence sur l'appareil hépatique. Parmi les individus qui étaient dans ce cas, il y en avait chez lesquels la première maladie avait été l'ictère. Ils étaient devenus jaunes sans avoir éprouvé d'ailleurs aucun autre accident morbide. Cette jaunisse durait chez eux de huit jours à un mois, lorsqu'une autre affection les entraînait tout à coup au tombeau. Je possède trois observations de ce genre : dans la première , la mort fut le résultat d'une hémorragie cérébrale ; dans la seconde, elle fut due à une péritonite suraiguë, et dans la troisième, la mort eut lieu subitement sans que l'ouverture du cadavre montrât aucune lésion qui pût en rendre compte. Dans deux de ces cas, la complète décoloration des selles annonçait que la bile avait cessé d'arriver dans le duodénum ; dans le troisième cas, les évacuations alvines avaient été constamment jaunes.

Que si maintenant nous recherchons les circonstances au milieu desquelles , pendant la vie , nous voyons apparaître l'ictère , qui peuvent avoir quelque influence sur sa production, nous trouverons principalement les suivantes :

1o Plusieurs affections aiguës ou chroniques du foie, révélées par divers ordres de ces affections, tantôt l'ictère règne pendant toute la durée de ces affections , tantôt il n'accompagne qu'une des périodes de leur existence.

2o Une gastro-entérite aiguë ou chronique.

3o Aucune maladie antécédente ; mais une émotion morale vive, une grande frayeur, une forte colère , etc. Souvent alors l'apparition de la jaunisse est instantanée. Quelle en est alors la cause ? l'émotion morale a-t-elle déterminé une duodénite ? cela est au moins fort douteux ; et je serais plutôt porté à admettre que la cause de l'ictère doit être alors placée dans le plexus nerveux , si remarquable et par son volume et par sa double origine dans les centres nerveux de la vie animale et organique , qui entre dans le foie avec les vaisseaux , et s'y distribue avec eux. Qui sait si la modification subite que ce plexus peut éprouver dans ses fonctions, à la suite d'une impression morale , n'a pas une puissante influence sur la sécrétion de la bile? Consultons l'analogie, et elle nous conduira à résoudre affirmativement cette question. Partout , en effet, nous voyons ces mêmes impressions morales altérer, changer les sécrétions, tantôt les augmenter, tantôt les diminuer ou les suspendre. Voyez , à cet égard , l'influence exercée par différentes espèces d'émotions sur la sécrétion des larmes , de la sueur, etc.

4o Quelques individus, au milieu d'un bon état de santé , sont pris tout à coup d'une douleur vive, lancinante, insupportable, continue ou revenant par accès, ayant son siége dans l'hypocondre droit près de l'épigastre. A la suite de cette douleur, ils sont pris d'un ictère qui dure plus ou moins longtemps, puis se dissipe jusqu'à ce qu'une nouvelle douleur rappelle un nouvel ictère. Je crois que , dans un certain nombre de cas , on a rapporté avec raison la cause de cette douleur et de l'ictère qui la suit à une concrétion calculeuse engagée dans les voies biliaires. Mais en est-ce là l'unique cause? Il y a des individus chez lesquels l'ictère a disparu avec la douleur, sans qu'ils aient jamais rendu de pierre. A la vérité, on pourrait dire qu'alors la concrétion n'avait produit la douleur et l'ictère que par son séjour dans le canal hépatique , et que ces deux symptômes ont cessé par le passage du calcul dans le conduit cystique , et de là dans la vésicule ; mais alors on devrait le retrouver dans celle-ci. Or, chez un individu dont j'ai eu occasion d'ouvrir le cadavre , qui peu de temps avant sa mort avait eu une douleur très-vive à

la région du foie avec cet ictère, et chez lequel cet ictère durait encore lorsqu'il succomba, je n'ai trouvé aucune trace de calcul ni dans les canaux biliaires, ni dans la vésicule : cet individu était d'ailleurs atteint d'un anévrisme du cœur. Observons, de plus, que bien souvent on trouve de très-gros calculs engagés dans les voies biliaires, sans qu'ils aient jamais déterminé aucune douleur bien notable, et que beaucoup de malades en ont rendu un grand nombre, sans jamais avoir éprouvé rien de comparable à ces douleurs vives, atroces, qui, sous le rapport de leur mode d'apparition, de leurs retours, de leur nature et de leur intensité, ressemblent à une névralgie. Je serais en effet porté à croire qu'une des variétés, du moins, de l'affection désignée sous le nom de *colique hépatique*, n'est autre chose qu'une névralgie ayant son siége dans le plexus hépatique.

Un de ses plus remarquables effets serait de modifier, ou mieux, de suspendre la sécrétion de la bile, de manière à produire l'ictère. Qu'y a-t-il d'étonnant à cela, si ce même effet peut être produit par une simple émotion morale ? N'est-ce pas de même à la suspension de la sécrétion du mucus intestinal que paraît être due la constipation douloureuse de la colique de plomb, qui paraît être également une névralgie, ayant son siége dans une autre portion des plexus du grand sympathique? Ne voyons-nous pas aussi les plus notables modifications dans la sécrétion des larmes de la sérosité exhalée par la conjonctive, et du mucus nasal, accompagner diverses névralgies de la face? Enfin, comme autres preuves de l'influence nerveuse sur les sécrétions, ne pouvons-nous pas rappeler que, chez les animaux dont les nerfs de la cinquième paire ne communiquent plus avec l'encéphale, la surface de l'œil et les narines sont remarquables par leur extrême sécheresse? Si tous ces faits démontrent jusqu'à l'évidence que, sous l'influence viciée du système nerveux, la plupart des sécrétions sont notablement modifiées, il faudra accorder qu'il peut en être de même dans le foie; et si, d'autre part, les symptômes observés pendant la vie ressemblent à ceux des névralgies dont d'autres organes sont le siége; si l'ouverture des cadavres ne découvre rien qui rende raison de ces symptômes, il faudra avouer que l'opinion que nous avons émise, et qui consiste à regarder certaines coliques hépatiques comme des névralgies, est au moins extrêmement probable.

5º Il est des individus chez lesquels l'ictère naît, se développe, et se termine sans avoir été ni précédé, ni accompagné d'aucune espèce de symptôme qui ait pu révéler une affection de foie ou d'un autre organe. Ces individus ne se regarderaient pas comme malades, s'ils ignoraient qu'ils fussent jaunes. Le plus ordinairement, dans ce cas, la bile continue à couler dans le duodénum, ainsi que l'annonce la nature des selles. Lorsque cela a lieu, l'appétit est conservé, on ne remarque aucun trouble appréciable dans les digestions, de sorte qu'il est alors très-peu probable que l'ictère ait eu son point de départ dans une irritation des voies digestives, et en particulier du duodénum, à moins qu'on n'admette qu'il peut y avoir duodénum, sans qu'aucune espèce de symptôme en annonce l'existence.

Tels sont les principaux états de l'économie au milieu desquels on voit apparaître l'ictère. Jusqu'ici nous ne sommes point encore sortis de la stricte observation des faits; mais, si nous voulons rechercher comment, à l'occasion d'un de ces états morbides existant dans le foie ou ailleurs, il arrive qu'une matière colorante jaune vient à imprégner la plupart des tissus, et se montre en même temps dans les liquides, nous trouverions bien des difficultés à résoudre. Beaucoup de médecins n'hésitent pas à penser que tout ictère est produit par la bile, qui, résorbée dans le foie, entre dans le torrent circulatoire, est portée avec le sang dans tous les tissus ; mais il s'en faut qu'une pareille résorption soit prouvée. Quel fait la démontre, quelle analogie même autorise à la supposer dans les cas nombreux où l'ictère accompagne diverses maladies organiques du foie, ou bien lorsqu'il survient à la suite d'une émotion morale ? Voit-on ailleurs l'in-

fluence nerveuse activer l'absorption? S'il fallait choisir une hypothèse, je donnerais la préférence à l'opinion d'après laquelle on admet que l'ictère survient, lorsque le foie, altéré dans sa texture ou dans ses fonctions, cesse de séparer de la masse du sang les matériaux de la bile que l'on suppose y exister. Ces matériaux, à la vérité, n'y ont été trouvés que chez les individus ictériques; mais l'urée n'a été également rencontrée que dans le sang des animaux dont les reins avaient été enlevés. On a donné, ce me semble, de ce dernier fait une légitime interprétation, en disant que la quantité d'urée qui existe normalement dans le sang ne peut pas y être découverte, parce qu'elle y est en trop petite quantité, éliminée qu'elle est par les reins à mesure qu'elle se forme. La même chose peut être dite de l'absence des matériaux de la bile dans le sang, lorsqu'il n'y a point ictère. La résorption de la bile semblerait plus naturelle à admettre, dans les cas d'ictère où il y a oblitération des canaux biliaires. Mais dans ces cas même, l'ictère peut s'expliquer autrement : la bile cesse alors d'être séparée du sang, parce que cette séparation serait sans résultat. Rien ne peut plus s'écouler par le canal cholédoque : le liquide auquel il livre passage ne se formera plus. Qu'y a-t-il à cela de plus surprenant que de voir, sous l'influence d'une irritation qui n'agit qu'à l'extrémité intestinale du canal cholédoque, la bile couler avec plus d'abondance dans le duodénum? Dans l'un et l'autre cas, il y a également correspondance d'actions organiques. C'est une application particulière de la loi de synergie, établie par Barthez.

Il est possible, en outre, que, dans quelques cas, la teinte jaune de la peau ne dépende pas de la présence de la bile dans le sang, mais bien d'une sorte d'ecchymose générale, qui se fait dans la couche réticulaire du derme. N'en serait-il pas ainsi dans plusieurs cas d'ictère des nouveau-nés, et dans la fièvre jaune?

ARTICLE II.

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX, OU DÉSORDRES PRÉSENTÉS PAR LES FONCTIONS DES DIFFÉRENTS APPAREILS DANS LES MALADIES DU FOIE.

9. Le trouble qu'éprouvent ces fonctions est très-variable, non-seulement suivant les différentes affections dont le foie peut être atteint, mais encore dans une même affection, suivant son état aigu ou chronique, ses divers degrés d'intensité, et surtout suivant les dispositions individuelles. Parmi ces altérations de fonctions, les unes sont purement mécaniques, telles sont les collections séreuses dont le péritoine et plusieurs portions de tissu cellulaire deviennent le siége, lorsque le foie ne livre plus un aussi libre passage que de coutume au sang veineux qui le traverse. D'autres altérations de fonctions sont le résultat de diverses lésions organiques qui accompagnent presque toujours les maladies du foie : l'observation démontre, en effet, que dans ces maladies il y a bien souvent complication de phlegmasie gastro-intestinale, qui, d'ailleurs, est tantôt primitive à l'affection du foie, et tantôt secondaire. D'autres altérations de fonctions doivent être rapportées peut-être aux mauvaises qualités de la bile qui arrive dans le duodénum; de là certains troubles de la digestion. D'autres, enfin, sont purement sympathiques.

Les symptômes qui résultent de ces diverses altérations de fonctions sont assez souvent plus prononcés que les symptômes locaux dont il a été question dans l'article précédent. Ils peuvent se manifester soit après ceux-ci, soit avant eux; ils peuvent enfin exister seuls pendant tout le cours de la maladie, et alors leur cause n'est souvent révélée d'une manière certaine que par l'ouverture des cadavres. On les voit quelquefois n'exister que d'une manière intermittente : dans leur intervalle, tantôt la maladie du foie reste manifeste, réduite à quelques symptômes locaux; tantôt ceux-ci sont très-obscurs ou nuls. Si

l'affection hépatique est encore peu avancée, l'embonpoint est conservé, les forces sont intactes, et dans l'intervalle des mouvements fébriles, par exemple, qui s'allument de temps en temps, et qui sont, ou non, accompagnés de tuméfaction et de douleur à la région hépatique, les individus jouissent d'une bonne santé, et rien n'annonce que chez eux un organe quelconque soit gravement affecté. Si, au contraire, la maladie du foie est plus avancée, il reste, dans l'intervalle de ces symptômes généraux, un malaise habituel, un état de dépérissement qui ne permet pas de douter que quelque organe important ne soit gravement compromis.

Il y a enfin des maladies du foie qui, dans la plus grande partie de leur durée, ne troublent en aucune manière les diverses fonctions. C'est ce qui arrive surtout dans les cas où des hydatides, même volumineuses, sont développées dans le foie, cet organe n'ayant d'ailleurs subi aucune autre altération. Bien souvent alors les digestions ne sont pas dérangées, la circulation reste dans son état normal, il n'y a pas même d'amaigrissement; la teinte de la peau est naturelle; et, comme dans ce cas il n'y a pas, le plus ordinairement, de douleur, il s'ensuit que, pour reconnaître la maladie du foie, il ne reste le plus souvent que la tumeur formée dans l'hypocondre droit par le sac hydatifère. Mais cette tumeur peut aussi ne pas exister. Aussi, dans plus d'un cas de ce genre, n'est-ce qu'après la mort qu'on pu se douter que le foie était malade; et souvent l'on n'a pas été peu surpris de trouver de vastes poches pleines d'hydatides dans le foie d'individus chez lesquels rien, pendant la vie, n'avait porté à soupçonner une affection quelconque de cet organe.

§ Ier. TROUBLE DE LA DIGESTION.

18. Plus fréquemment qu'aucune autre fonction, la digestion est troublée dans diverses maladies du foie; de ce trouble résultent des symptômes souvent plus graves, plus fâcheux que ceux auxquels donne lieu l'affection même de l'appareil biliaire. Mais ici une première question se présente à résoudre; c'est celle de savoir si un grand nombre de maladies du foie ne reconnaissent pas pour cause, pour point de départ, une affection gastro-intestinale. L'observation des symptômes conduit à partager à cet égard l'opinion de M. Broussais, qui admet que, dans la plupart des cas de phlegmasie du foie, il y a eu d'abord duodénite. Quelquefois aussi l'ouverture des cadavres ne nous a découvert, chez des ictériques, d'autre altération qu'une forte inflammation du duodénum, qui paraissait s'être propagée aux conduits biliaires. L'examen des causes sous l'influence desquelles se développe assez souvent l'hépatite chronique porterait encore à en placer le point de départ dans le tube digestif. Il résulte, en effet, du relevé de nos observations, que le plus grand nombre des individus morts d'hépatite chronique, dont nous avons recueilli l'histoire, avaient fait abus des liqueurs alcooliques (1).

(1) Il ne faut pas oublier que les observations consignées dans cet ouvrage ont été recueillies sur des individus de la basse classe de la société.

On comprend facilement comment l'excitation habituellement imprimée par celles-ci à la membrane muqueuse digestive, s'était étendue par continuité du tissu à la membrane muqueuse des canaux excréteurs de la bile, et de là au parenchyme hépatique. De plus, l'expérience a démontré que l'alcool introduit dans les voies digestives d'un animal y est rapidement absorbé. Or, portées directement dans le foie par les veines mésaraïques, les molécules alcooliques ne peuvent-elles pas déterminer ainsi directement sur cet organe une irritation puissante? Enfin il serait possible que, dans quelques circonstances, l'irritation se propageât des intestins au foie par le moyen d'une inflammation veineuse. Cette opinion appartient à M. Ribes. On sait que d'attentives dissections ont appris à ce savant anatomiste que l'érésipèle est souvent accompagné d'une phlegmasie des veines; et, d'après cela, il pense qu'il ne serait pas impossible que, dans certaines inflammations gastro-intestinales, les veines qui naissent à la surface de la membrane muqueuse ne fussent frappées d'inflammation, que celle-ci se propageât des petites veines mésaraïques au tronc de la veine-porte, et ne s'étendît ainsi au parenchyme du foie. Nous possédons deux observations qui semblent propres à confirmer cette opinion.

L'une de ces observations est relative à un individu qui succomba à la Charité pendant le cours de l'hiver de l'année 1826. Il avait présenté la plupart des symptômes d'une fièvre continue grave : d'abord forte réaction générale, peau brûlante et aride, pouls développé, langue couverte d'un enduit jaunâtre avec pointillé rouge, pesanteur épigastrique, diarrhée; puis tension douloureuse vers la région du foie, légère teinte jaune de la conjonctive et de toute la surface cutanée; dèslors prostration rapide, langue sèche, dents et lèvres fuligineuses, évacuations involontaires, délire sourd, et mort.

L'ouverture du cadavre montra : 1º une injection pointillée peu considérable vers le grand cul-de-sac de l'estomac : cette injection résidait dans la membrane muqueuse, qui n'était point notablement ramollie; elle existait par plaques éparses, qui, réunies, auraient pu égaler la grandeur d'une pièce de cinq francs; 2º un état sain du duodénum, du jéjunum et du commencement de l'iléum (aspect blanc de la muqueuse, légère injection veineuse au-dessous d'elle); 3º une assez vive injection de la membrane muqueuse de l'iléum dans son tiers inférieur ainsi que du cœcum; 4º une rougeur intense de la surface interne de la veine mésentérique inférieure, du tronc de la veine-porte et de toutes ses ramifications hépatiques, aussi loin que le scalpel put les poursuivre. Le foie lui-même était volumineux, très-rouge, gorgé de sang friable. La veine splénique n'était pas rouge, non plus que la veine cave et ses divisions; mais la rougeur reparaissait dans l'oreillette droite du cœur et dans le ventricule du même côté : on la retrouvait encore, mais faible, dans le tronc de l'artère pulmonaire. L'aorte, au contraire, avait conservé sa blancheur accoutumée. Nous avons noté avec soin cette inégalité de coloration dans les diverses parties du système vasculaire, parce qu'elle nous paraît démontrer que là où il y avait de la rougeur, celle-ci ne pouvait point être consi-

dérée comme un simple effet d'imbibition sanguine. Pourquoi en effet celle-ci n'eût-elle pas été produite également partout, dans la veine cave comme dans la veine porte, dans l'aorte comme dans l'artère pulmonaire? Le sang qui existait dans ces différents vaisseaux présentait partout les mêmes conditions physiques. De là, nous croyons pouvoir conclure qu'il y avait chez cet individu une véritable phlegmasie du système veineux abdominal, laquelle s'était propagée au foie, puis aux cavités droites du cœur, et qui commençait à envahir l'artère pulmonaire, lorsque la mort eut lieu. La maladie avait d'ailleurs offert comme deux périodes, dont les lésions trouvées sur le cadavre rendent assez bien compte. Si l'on compare ces lésions avec les symptômes, on sera porté à admettre que d'abord il n'y eut qu'une gastro-entérite assez légère; de là les symptômes de fièvre bilieuse qui existèrent au principe. Plus tard, elle se transforma en fièvre adynamique : seulement alors se manifestèrent la tension douloureuse de l'hypochondre droit, et un commencement d'ictère. Ces symptômes ne furent-ils pas dus à la phlébite, qui, en gagnant le foie, en détermina l'inflammation? Il est d'autant moins vraisemblable que dans ce cas la phlegmasie se soit propagée de l'intestin au foie par la voie des membranes muqueuses, que le duodénum fut trouvé exempt de toute altération appréciable. Il n'est pas besoin de dire que cette observation milite en faveur de l'opinion de MM. Bouillaud et Ribes, qui font jouer aux phlegmasies vasculaires un grand rôle dans la production des fièvres dites essentielles.

Un autre malade entra à la Charité, en 1822, atteint d'une ascite. C'est ce même individu chez lequel nous avons trouvé une tumeur cancéreuse développée dans le péricarde, et dont nous avons rapporté l'histoire sous ce dernier rapport dans un autre volume. L'ouverture du cadavre montra chez lui une induration rouge du foie; en incisant les veines de cet organe, nous fûmes frappé de la vive rougeur de leur surface interne. En se rapprochant du tronc de la veine-porte, on observait que la membrane interne de cette veine et de ses principaux rameaux hépathiques se détachait des tissus subjacents avec une facilité beaucoup plus grande que de coutume? elle était manifestement aussi plus molle, plus friable que dans son état ordinaire. Dans quelques rameaux, une sorte de pseudo-membrane tapissait les parois veineuses sous forme d'une toile mince transparente, inorganique en apparence. Le tronc lui-même de la veine-porte, ainsi que les principales branches qui convergent vers le foie pour lui donner naissance, présentaient à leur surface interne la même rougeur, la même friabilité de leur membrane. Dans le péritoine existait une collection séreuse, sans autre trace d'inflammation. Dans le tube digestif on trouva des signes de phlegmasie chronique, tels que l'aspect mamelonné et la couleur brunâtre de la membrane muqueuse gastrique, une même couleur dans le duodénum, quelques ulcérations et un remarquable développement des follicules avec coloration noire autour d'eux vers la fin de l'intestin grêle, dans le cœcum et le commencement du colon. Il est bon de noter que dans le reste du système vasculaire, soit à sang noir, soit à sang rouge, la surface interne des vaisseaux présenta une couleur blanche.

Plusieurs caractères anatomiques se trouvent ici réunis pour démontrer l'existence de l'inflammation de la veine-porte, et de ses divisions, soit hépatiques, soit abdominales. Cette inflammation coïncidait avec une double phlegmasie chronique du foie et du tube digestif, et ici encore il est possible, bien que cela ne soit pas démontré, que l'inflammation ait envahi successivement, 1° l'intestin; 2° le système veineux qui, de cet intestin, rapporte le sang au foie; 3° le foie lui-même. Ce qui autoriserait

encore à faire cette supposition, c'est que nous trouvons dans nos notes que la maladie débuta par une diarrhée, qui parut être la seule affection pendant un an au moins. Ce n'est qu'au bout de ce temps que les douleurs peu vives se firent sentir dans l'hypochondre droit. Deux fois le malade eut la jaunisse, et plus tard, enfin l'ascite se développa. Cette succession de symptômes indique au moins que la maladie du foie fut consécutive à celle de l'intestin.

19. Quelle que soit la manière dont l'irritation se propage de l'intestin au foie, elle peut se présenter dans son siége primitif et consécutif, avec des degrés nombreux et des formes bien différentes. D'abord dans l'intestin, tout le désordre peut se borner à une simple excitation, soit unique, comme lorsqu'à la suite d'un léger excès de table, un ictère se déclare, avec fièvre et tension douloureuse de l'hypochondre droit; soit souvent répétée, comme lorsque des liqueurs alcooliques sont fréquemment introduites dans les voies digestives. Dans ces divers cas, l'excitation ne semble pas s'élever dans l'intestin au degré de l'inflammation, laquelle se déclare, au contraire, dans le foie plus irritable. Ailleurs, il y a véritablement gastro-entérite chronique: ailleurs, enfin, c'est pendant le cours d'une gastro-entérite aiguë bien prononcée qu'une hépatite se déclare. Quant aux formes que présente cette dernière, lorsqu'elle succède à une irritation gastro-intestinale, elles sont très-variées. Tantôt elle est chronique dès son début, ne donne lieu à aucun symptôme local bien tranché, et ce n'est que longtemps après qu'elle a commencé, que quelques signes révèlent son existence. Tantôt on observe pour tout symptôme un ictère, qui apparaît pendant le cours d'une phlegmasie intestinale : il n'y a d'ailleurs ni chaleur, ni tuméfaction de l'hypochondre. Dans ce cas, l'ouverture du cadavre peut montrer trois états du foie : 1° un état phlegmasique de son parenchyme, annoncé par une rougeur intense, un engorgement sanguin considérable, et un ramollissement très-prononcé (1) ; 2° rien d'insolite, du moins en apparence, dans le parenchyme hépatique, mais une tuméfaction notable de la membrane interne des canaux cholédoque et hépa-

(1) Dans un excellent Mémoire sur les abcès du foie, M. Louis rapporte avoir trouvé, autour de ces abcès, le parenchyme hépatique rouge et ramolli ; ce qui prouve encore que la rougeur et le ramollissement du foie doivent être placés au nombre des lésions que l'inflammation peut produire dans cet organe. Je prends confiance en mes opinions, lorsqu'elles se trouvent d'accord avec celles d'un aussi excellent observateur.

tique, d'où résulte l'obstruction complète ou incomplète de ces canaux; 3° aucune lésion appréciable, soit du foie, soit de son appareil excréteur; ce qui ne prouve pas que celui-ci n'ait pas été lésé pendant la vie, comme je chercherai à le démontrer plus bas. Avec ces trois états du foie, on trouve l'intestin enflammé à divers degrés, et en divers points de son étendue.

Chez d'autres individus, l'hépatite consécutive à une inflammation intestinale s'annonce dès son début par des symptômes plus tranchés; car l'ictère seul ne prouve pas l'existence d'une hépatite. Les malades ressentent de la douleur en divers points de l'hypochondre droit ou du même côté du thorax; une douleur se fait sentir dans ce même hypochondre, etc. Ces divers symptômes d'hépatite peuvent ne se montrer qu'une fois pendant le cours d'une gastro-entérite chronique; ils peuvent alors ou disparaître ou persister, soit avec l'inflammation intestinale, soit sans cette dernière. Chez d'autres malades, ces symptômes se montrent et disparaissent à plusieurs reprises; de même, par exemple, que dans le cours d'une stomatite chronique, les glandes salivaires ne s'enflamment souvent que par intervalles, ou de même encore que partout où existe une phlegmasie chronique continue, la tuméfaction inflammatoire des ganglions lymphatiques du voisinage ne se montre souvent non plus que par intervalles. Mais dans ceux-ci, il arrive le plus ordinairement une époque où l'engorgement devient permanent. C'est fréquemment aussi ce qui a lieu pour le foie. Après que, pendant le cours d'une gastro-entérite chronique, on a vu survenir à plusieurs reprises soit des ictères qui se prolongeaient plus ou moins, et se répétaient à des intervalles plus ou moins éloignés, soit des douleurs passagères vers la région du foie, soit une tuméfaction également passagère de cet organe, il peut aussi arriver une époque à laquelle un ou plusieurs de ces symptômes deviennent permanents : alors il faut admettre, ou bien qu'avant cette dernière époque l'affection du foie, quoique ne cessant pas, était cependant encore assez légère pour ne révéler son existence que par des symptômes intermittents, qui survenaient chaque fois qu'elle s'exaspérait; ou bien, ce qui est plus probable, que cette affection était elle-même intermittente, soumise peut-être dans ses retours à l'état du tube digestif.

20. Jusqu'à présent nous ne nous sommes occupé que du cas où l'hépatite paraît être consécutive à une phlegmasie gastro-intestinale. Un autre cas plus rare, mais qui ne nous semble pas moins réel, est celui où

cette dernière est au contraire consécutive. Plus d'une fois nous avons observé des malades chez lesquels aucun symptôme n'avait jamais annoncé un trouble quelconque des fonctions digestives; chez eux cependant il existait une affection non douteuse de l'appareil biliaire, telle qu'un état d'hypertrophie du foie, son induration rouge ou blanche; sa dégénération cancéreuse, etc. Pendant le cours de l'une de ces affections, et longtemps après son début, les digestions commençaient seulement à se troubler. Cette circonstance est une des plus favorables qui puissent se rencontrer dans les cas de maladies du foie: alors les individus ne dépérissent que très-lentement; car ils peuvent continuer à se nourrir.

Lorsqu'une phlegmasie gastro-intestinale survient comme complication d'une affection du foie, elle peut s'établir d'une manière continue, ou n'être que passagère, ou enfin revenir à des intervalles plus ou moins rapprochés. Dans les deux derniers cas, sa forme est aiguë; dans le premier, elle peut être ou aiguë ou chronique: si elle est aiguë, rien de plus variable que les symptômes auxquels elle donne lieu; et de ces différents groupes de symptômes résultent des maladies d'aspects divers, auxquelles des noms particuliers ont été imposés. D'abord, cette gastro-entérite peut surtout signaler son existence par des symptômes locaux. Ainsi la langue, qui avait conservé son état naturel tant qu'il n'y avait qu'affection du foie, se couvre de différents enduits, devient rouge, sèche, fendillée, etc. La couche blanchâtre qui la recouvre est pointillée d'un rouge vif. La soif, nulle jusqu'alors, devient intense; il y a des vomissements, de la douleur à l'épigastre, de la diarrhée. Nous avons vu quelquefois en pareil cas des maladies du foie qui avaient marché lentement, qui n'avaient pas encore altéré profondément la constitution, et que n'avaient jusqu'alors accompagnées aucun trouble des digestions, se compliquer de tous les symptômes d'un choléra-morbus, tels que vomissements très-abondants, déjections alvines très-copieuses, refroidissement subit de la surface cutanée; en deux ou trois jours, les malades étaient entraînés au tombeau; et à l'ouverture du cadavre, outre l'affection primitive du foie, nous trouvions une injection très-vive de la plus grande partie de la membrane muqueuse gastro-intestinale, sans autre altération; de telle sorte que cette phlegmasie était plus remarquable par son étendue que par son intensité dans chacun des points qu'elle occupait.

D'autres fois, des individus atteints depuis longtemps de maladies du

foie, mais étant encore loin d'être épuisés, sont pris tout à coup d'une fièvre continue : leur langue rougit, se sèche et noircit; leur abdomen se météorise, de la diarrhée survient; ils tombent dans un état adynamique complet, et succombent rapidement. A l'ouverture des cadavres, on trouve dans le tube digestif des traces d'une inflammation aiguë; mais tantôt celle-ci paraît avoir été intense; la muqueuse est très-rouge, ramollie, ulcérée en plusieurs points, et la gravité des symptômes est en rapport direct avec celle des lésions : tantôt au contraire la phlegmasie gastro-intestinale semble très-légère; on n'observe dans la muqueuse, ou au-dessous d'elle, qu'une injection vasculaire plus ou moins étendue; mais remarquez que cette phlegmasie survient chez un individu déjà épuisé par une affection chronique d'un organe important; et dès-lors existent chez lui les conditions favorables au développement d'un état de prostration très-grave, à l'occasion de toute phlegmasie intercurrente, quelque légère qu'elle paraisse.

Quelle que soit la forme sous laquelle se montrent les gastro-entérites aiguës pendant le cours des affections chroniques du foie, il est important de savoir qu'elles sont une des causes fréquentes de la mort prématurée d'un grand nombre d'individus atteints de ces affections.

Il peut arriver, enfin, que le trouble des fonctions digestives, après avoir existé au début, à une époque où l'affection du foie était encore peu marquée, disparaisse plus tard. A mesure que cette dernière se prononce davantage, on voit la digestion revenir à son état normal, et ne se déranger de nouveau qu'à une période très-avancée de la maladie du foie.

Nous avons observé en particulier une femme qui, jusqu'à l'âge de quarante ans environ, avait joui d'une bonne santé. A cette époque, à la suite de chagrins domestiques, ses digestions devinrent pénibles, elle perdit l'appétit, et ne tarda pas à être prise d'opiniâtres vomissements, qui furent d'abord considérés comme nerveux par le médecin qui la traitait, et combattus par des potions éthérées, par la teinture de castoréum, par des pilules d'assa-fœtida et de muce, par des vésicatoires volants appliqués tour à tour sur diverses parties du corps. Ces divers symptômes gastriques persistèrent pendant six semaines environ, puis ils se dissipèrent; et la malade, ayant recouvré l'appétit et ses forces, se crut rendue à la santé. Mais bientôt elle fut prise d'une douleur peu intense, mais continuelle, au niveau des dernières côtes droites; dès-lors les forces se perdirent de nouveau, la malade maigrit de plus en plus, et elle ne tarda pas à entrer à la Charité. Tout, alors, annonçait chez elle l'existence d'une lésion organique du foie : tumeur douloureuse dans l'hypocondre droit, se prolongeant derrière les côtes; teinte jaune-paille de la face; maigreur; pouls fréquent, sans chaleur à la peau. Cependant l'appétit était bon; aucune pesanteur épigastrique, aucune nausée ne suivait l'ingestion des aliments dans l'estomac; les selles étaient ordinaires, le ventre partout souple et

indolent, excepté vers l'hypocondre droit. Cette femme offrit le même état pendant les six semaines suivantes ; puis son appétit se perdit, ses vomissements recommencèrent, et elle succomba peu de jours après l'apparition de ces nouveaux symptômes gastriques. La langue ne s'éloigna pas de son état naturel jusqu'au dernier moment de la vie.

On trouva, à l'ouverture du cadavre, le foie plus volumineux que de coutume, et rempli de masses cancéreuses. La membrane muqueuse de l'estomac, dans le grand cul-de sac, et le long du bord colique de l'organe, était d'un rouge vif, et pulpeuse ; un léger grattage la réduisait en une bouillie rougeâtre. Aucune lésion appréciable n'existait dans le reste du tube digestif, non plus que dans les autres organes.

Les mêmes symptômes marquèrent le début de cette maladie et sa terminaison. L'inflammation gastrique parut être, dans le principe, le point de départ de l'affection organique du foie ; plus tard elle se montra de nouveau comme simple complication de cette dernière. Un certain intervalle s'écoula entre le moment où disparurent les premiers symptômes gastriques, et ceux où devinrent manifestes pour la malade les signes de l'affection du foie. Pendant cet intervalle de temps elle se crut guérie. Cependant il est bien vraisemblable que ce fut alors que débuta sourdement la maladie du foie. Dans combien d'autres circonstances n'arrive-t-il pas également que l'on croit à la guérison complète d'une maladie, parce que les symptômes de son état aigu disparaissent? Cette prétendue guérison n'est souvent que le passage de cet état aigu à un état chronique. Celui-ci, pendant un certain temps, peut se dérober à des yeux peu attentifs ou peu exercés, et souvent il ne manifeste plus clairement son existence que lorsque la lésion est déjà trop grave pour qu'il soit possible d'y porter remède. Mais, dans cette première époque latente, des affections chroniques succédant à des affections aiguës, et pouvant d'ailleurs avoir leur siége soit dans l'organe primitivement affecté, soit dans un autre qui lui est lié, par ses connexions de tissu ou de sympathie, examinez l'état de la nutrition, celui des diverses sécrétions ; interrogez l'expression de la physionomie ; comptez les battements artériels à diverses époques de la journée ; mesurez le mode de répartition de la chaleur dans les différents points de l'enveloppe cutanée ; et le plus ordinairement vous trouverez, dans le mode d'accomplissement de ces différentes fonctions ou actions vitales, des signes qui vous avertiront que le malade n'est pas réellement convalescent, mais que chez lui se forme sourdement une lésion plus ou moins grave. Cet éveil une fois donné, il est rare que, par un examen scrupuleux et *souvent répété* de toutes les fonctions, on ne puisse pas parvenir à découvrir quel est le siége de cette lésion.

§ II. TROUBLE DE LA CIRCULATION.

21. Elle peut être troublée, dans les maladies du foie, soit sympathiquement, c'est ce qui a lieu pour le cœur et les artères; soit d'une manière purement mécanique, c'est ce qui a lieu pour certaines parties du système veineux, dans le cas où le sang contenu dans la veine porte ne peut plus traverser librement le parenchyme hépatique.

A. TROUBLES SYMPATHIQUES DE LA CIRCULATION.

22. Il y a d'abord des cas d'affections du foie où cette circulation n'est véritablement modifiée en aucune manière. Le pouls a sa force, sa

fréquence et son rhythme ordinaires; la température de la peau n'est point élevée. Cette absence complète de fièvre ne s'observe guère dans les cas d'hépatite aiguë; mais elle est loin d'être rare dans les nombreuses nuances d'hépatite chronique, dans le cas même où des foyers purulents sont creusés dans l'intérieur de l'organe, dans ceux où des masses cancéreuses en ont envahi une partie; cette apyrexie complète est encore bien plus commune lorsqu'il n'y a que simple hypertrophie du foie, soit de sa totalité, soit de l'une ou de l'autre de ses substances, ou bien lorsqu'il a subi une atrophie plus ou moins considérable.

Dans d'autres circonstances, la circulation présente un trouble marqué, bien qu'il n'y ait pas encore de fièvre proprement dite. Ce trouble ne consiste que dans une simple accélération du pouls, sans modification de la chaleur de la peau. Ainsi une fréquence insolite du pouls, sans autre signe de fièvre, accompagne souvent les diverses affections chroniques du foie dont il vient d'être question.

Enfin, il peut y avoir une fièvre proprement dite; c'est-à-dire fréquence du pouls, avec augmentation de la température de la peau, et malaise général. Cette fièvre peut accompagner la maladie du foie dans toute sa durée; c'est ce qu'on observe le plus fréquemment dans le cas d'hépatite aiguë. Ce qu'il y a alors de remarquable, c'est que quelquefois, en pareil cas, les symptômes locaux propres à révéler l'affection hépatique sont très-obscurs, l'on n'observe autre chose qu'une fièvre continue, dont l'ouverture du cadavre peut seule démontrer la non essentialité. Nous avons vu une fois une pareille fièvre être produite par un abcès formé dans le foie.

L'individu, jeune encore, et jouissant habituellement d'une bonne santé, ressentit un malaise général, de la céphalalgie, un grand accablement physique et moral, après avoir fait une longue course à cheval. Pendant les trois premiers jours, il regarda cet état de malaise comme une courbature, et se contenta de garder le repos. Mais le quatrième jour, des frissons survinrent, et se sentant beaucoup plus malade, il entra à la Charité. C'est deux jours après son entrée que nous le vîmes, c'est-à-dire le sixième jour à peu près de sa maladie. Alors il était dans un grand état de prostration; la rougeur plaquée des pommettes contrastait d'une manière frappante avec la teinte jaune du reste de la face. Le malade supportait une insupportable céphalalgie sus-orbitaire. La bouche était pâteuse, sans être amère; la langue offrait une teinte blanchâtre, uniforme, non pointillée de rouge; l'appétit était perdu; mais il n'y avait ni soif, ni nausées, ni vomissements, ni douleur à l'épigastre, non plus que dans le reste du ventre, qui avait partout sa souplesse accoutumée. Il y avait de la constipation. Le pouls battait cent douze à cent quinze fois par minute; il était fort, régulier; la peau était brûlante et sèche. Chaque jour, nous recherchions vainement quel pouvait être dans ce cas l'organe affecté. (*Saignées, tisanes délayantes, diète.*) Du septième au onzième jour, même

état : une saignée du pied fut pratiquée dans cet intervalle de temps, dans le but principalement de combattre la céphalalgie. — Dans la nuit du onzième au douzième jour, les facultés intellectuelles, nettes jusqu'alors, commencèrent à se troubler ; le lendemain matin nous trouvâmes le malade dans un délire complet. (*Sangsues derrière les oreilles ; sinapismes aux extrémités inférieures.*) Du douzième au seizième jour le délire persista ; aucune réponse ne pouvait être obtenue ; on fut obligé d'attacher le malade, qui cherchait continuellement à s'enfuir de son lit. De fréquents soubresauts des tendons avaient lieu ; les yeux étaient alternativement ouverts et fermés, fixes ou roulant rapidement dans leurs orbites ; les pupilles se dilataient et se resserraient tour à tour. Du côté des voies digestives et des organes abdominaux en général, il n'existait aucun nouveau symptôme. Dans la matinée du dix-septième jour, le malade était encore plein de vigueur ; l'énergie de ses mouvements, la force de sa voix l'attestaient. Vers midi, sans qu'aucun nouvel accident eût apparu, il mourut inopinément. Depuis trois jours on lui donnait des lavements camphrés. Des vésicatoires avaient été mis aux extrémités inférieures.

Il était bien évident que cet individu succombait à une affection du cerveau ; mais il n'en était point atteint à l'époque de son entrée à l'hôpital : jusqu'au douzième jour de sa maladie il n'en avait présenté aucune trace ; toutefois il ne faut pas perdre de vue la céphalalgie intense qu'il avait accusée depuis que nous l'observions, et qui avait été assez forte pour réclamer des moyens thérapeutiques spéciaux. L'encéphale et ses dépendances furent examinés avec le plus grand soin. Les méninges avaient leur transparence, leur épaisseur physiologiques ; il y avait à peine quelques cuillerées à café de sérosité limpides épanchées dans les ventricules et à la base du crâne. La substance même de l'encéphale ne présenta rien d'insolite sous le rapport de son injection, de sa couleur, de sa consistance. Le prolongement rachidien fut également examiné ; il était, comme le cerveau, sans altération appréciable. Les organes thorachiques étaient sains. L'estomac offrait çà et là quelques petits points rouges, qui, réunis, n'auraient pas égalé la largeur d'une pièce d'un franc. Tout le reste du tube digestif fut ouvert dans toute son étendue, et examiné après avoir été lavé. Nous n'y trouvâmes autre chose qu'un peu d'injection sous-muqueuse résidant dans de grosses veines.

Jusqu'alors aucune lésion d'organe ne pouvait nous rendre compte des symptômes graves observés pendant la vie, lorsque mon condisciple et ami, le docteur Descieux, aujourd'hui médecin distingué de Montfort-l'Amaury, donna un coup de scalpel dans le foie, qui, à son extérieur, semblait être parfaitement sain. Quel fut notre étonnement, lorsqu'au fond de l'incision pratiquée au foie, nous trouvâmes un foyer purulent, à la place duquel aurait pu être facilement déposée une orange ! Le pus était d'un blanc jaunâtre, crêmeux, inodore ; il était en contact immédiat avec la substance même du foie, qui, dans l'étendue de plusieurs pouces autour de lui, était plus rouge qu'ailleurs, et d'une remarquable friabilité : on le réduisait en une pulpe rougeâtre par une pression légère ; cet abcès était situé dans l'épaisseur du lobe droit, non loin de la portion convexe de ce lobe, qui touche le diaphragme près des côtes. Les autres organes ne présentèrent pas d'altération appréciable.

Voilà donc un abcès du foie qui s'est formé sans produire ni douleur, ni tuméfaction de l'organe, ni ictère : qu'a-t-il seulement déterminé? Une fièvre continue, dont la cause était tout à fait impossible à reconnaître pendant la vie. Nous sommes très-porté à penser qu'un travail phlegmasique commença à s'effectuer dans le foie, le jour même où, à la suite de la course à cheval, des signes d'une simple courbature se

manifestèrent. La céphalalgie intense dont se plaignait le malade fut le premier accident sympathique que la maladie du foie détermina vers le cerveau. Plus tard les fonctions de celui-ci se troublèrent d'une manière plus grave, et c'est par le cerveau sympathiquement irrité que succomba le malade. Mais le point de départ de tous les accidents n'en fut pas moins dans le foie.

Cette observation nous semble fournir un fait très-intéressant en faveur de la *localisation* des fièvres, qui, pendant la vie, semblent ne reconnaître pour cause aucune lésion d'organes. Mais de plus, elle démontre, contre l'opinion de M. Broussais, ce qui a déjà été dit par MM. Boisseau, Bouillaud, Ribes, etc., savoir, que le siége de ces fièvres dites essentielles n'est pas nécessairement dans le canal digestif.

23. Dans certains cas d'affections chroniques du foie, il n'y a pas habituellement de fièvre; mais à des époques plus ou moins éloignées, et qui n'ont d'ailleurs rien de constant dans leur retour, il survient un mouvement de fièvre qui peut durer quelques heures seulement, ou se prolonger pendant plusieurs jours. Cette fièvre accidentelle dépend le plus souvent d'une exaspération momentanée de la lésion du foie, qui, de chronique qu'elle était, tend à passer à l'état aigu. Dans ce cas, en même temps que la fièvre se déclare, on voit souvent devenir beaucoup plus tranchés les symptômes locaux de l'affection hépatique. La douleur, par exemple, peut apparaître, si elle était nulle, ou devenir plus vive, si elle existait déjà. Nous connaissons une dame qui, depuis plusieurs années, est atteinte d'une lésion organique du foie. Cet organe forme une tumeur difficile à circonscrire dans l'hypocondre droit. Elle n'y éprouve habituellement de la douleur que de temps en temps; le plus souvent sous l'influence de causes morales appréciables, cette douleur devient beaucoup plus vive, et en même temps on voit paraître une fièvre très-forte, accompagnée souvent de réaction vers le cerveau, de délire. Une simple application de sangsues faite sur l'hypocondre droit calme ordinairement ces symptômes. Ici, l'exaspération de la douleur hépatique, et le succès du traitement employé, ne permettent pas de douter que le point de départ du mouvement fébrile et des accidents cérébraux qui l'accompagnent ne soit dans le foie, dont l'affection chronique revêt momentanément un caractère d'acuité. Chez d'autres individus, les retours irréguliers de ces accès de fièvre paraissent moins liés à la maladie même du foie, qu'à une inflammation intercurrente du tube digestif.

24. Enfin, l'observation a démontré que certaines fièvres intermittentes sont liées à une affection organique du foie. Mais ici deux cas peuvent se présenter : tantôt la fièvre intermittente précède cette affection, ou du moins les symptômes qui l'annoncent ; tantôt elle se montre pendant son cours.

Les deux observations suivantes vont présenter des exemples de chacun de ces cas.

Un cocher, âgé de 40 ans environ, avait joui toujours d'une bonne santé. Habitant Valençay, où régnait une épidémie de fièvre intermittente, il fut pris d'une fièvre tierce qui, après quelques accès, fut combattue par des préparations de quinquina. De retour à Paris, six semaines environ après l'invasion de sa fièvre, il n'en était pas encore débarrassé. On essaya encore de la couper avec le sulfate de quinine ; les accès étaient modifiés, dérangés, mais ils ne tardaient pas à revenir. Un mois se passa ainsi, sans que la fièvre eût disparu (le sulfate de quinine fut porté jusqu'à la dose de vingt grains dans l'intervalle de deux accès. Jusqu'alors aucun symptôme n'avait révélé la lésion de quelque organe. Mais à cette époque, les conjonctives commencèrent à jaunir, et bientôt toute la surface cutanée présenta une teinte ictérique très-prononcée. Les accès de fièvre n'en continuèrent pas moins à se montrer avec le même type. L'appétit, conservé jusqu'alors, se perdit ; les selles, rares, étaient formées par des matières décolorées, peu consistantes. Pendant les trois mois suivants, nous observâmes la naissance et le développement progressif d'une tumeur dans l'hypocondre droit. D'abord nous ne trouvâmes rien autre chose dans cet hypocondre qu'une résistance à la pression, beaucoup plus grande que celle qui existait dans l'hypocondre gauche ; mais on ne pouvait pas circonscrire le bord libre du foie. Plus tard on sentit dans ce même hypocondre droit, et jusqu'à gauche de l'épigastre, de nombreuses inégalités ou bosselures visibles à travers les téguments qu'elles soulevaient. Ces inégalités se sentaient jusqu'au-dessous du niveau de la région ombilicale. La peau avait une couleur verdâtre qui était surtout très-prononcée à la face. Les accès fébriles avaient été remplacés par une fièvre continuelle, très-forte chaque nuit. A la fin les membres inférieurs s'infiltrèrent, une diarrhée séreuse abondante remplaça la constipation, le malade dépérit de plus en plus et succomba.

Dès que l'ictère s'était manifesté, et que l'hypocondre droit avait paru s'engorger, les préparations de quinquina furent suspendues. Des tisanes de chiendent, d'orge, de saponaire, du petit-lait avec addition d'acétate de potasse, furent administrées. On donna des potions avec l'eau distillée de pariétaire, l'oxymel scillitique, le sirop des cinq racines. Plusieurs fois des sangsues furent appliquées, soit sur l'hypocondre droit, soit à l'anus. Des frictions mercurielles furent faites sur la région hépatique. Dans les derniers temps, le malade ne prit plus, pour tout médicament, que la décoction blanche de Sydenham.

Nous regrettons beaucoup de n'avoir pu faire l'ouverture du corps de cet individu, qui mourut chez lui, rue du Faubourg-Saint-Honoré. Nous avons uniquement cité son observation comme fournissant un exemple tranché d'une affection organique du foie, qui, n'ayant jamais donné aucun signe de son existence avant l'invasion d'une fièvre intermittente, se déclara pendant le cours de celle-ci. Remarquez d'ailleurs combien cette fièvre intermittente fut opiniâtre ; le quinquina en dérangea les accès, mais ne put jamais les empêcher de reparaître ; ces accès ne cessèrent qu'à mesure que

l'affection du foie se développa, mais ils furent alors remplacés par un mouvement fébrile continu.

Voici maintenant un autre cas où la fièvre intermittente survint pendant le cours d'une ancienne affection du foie, et parut contribuer singulièrement à en hâter les progrès.

Le sujet de cette observation était un homme âgé de 60 ans environ, qui depuis plus de quinze ans présentait les signes d'une maladie de l'appareil biliaire. Plusieurs fois il avait eu des ictères ; depuis longtemps l'hypocondre droit était habituellement tuméfié et souvent douloureux. Le moindre écart dans le régime, l'introduction de boissons alcooliques dans les voies digestives, les émotions morales un peu fortes, rappelaient la douleur de l'hypocondre et allumaient la fièvre. C'est seulement pendant ces exaspérations, dont la durée n'était que de quelques jours, qu'il suspendait ses occupations. Tel fut le récit que nous fit le malade, lors de son entrée à la Charité ; mais alors existaient de nouveaux accidents. Depuis trois semaines il avait été pris, au milieu de Paris, qu'il habitait, d'une fièvre tierce dont les accès étaient réguliers et très-bien caractérisés. Le lendemain même de son entrée, nous fûmes témoin d'un de ces accès. Les trois stades étaient bien caractérisés ; celui du frisson était très-intense et très-long ; la sueur était au contraire peu considérable, et souvent partielle. Depuis que cette fièvre tierce avait paru, le malade disait souffrir beaucoup de *son côté droit*. Il avait pris, à deux reprises, pour couper sa fièvre, un verre d'eau-de-vie dans laquelle était délayée une certaine quantité de poivre. Ce remède n'eut sur les accès aucune influence, mais chaque fois qu'il fut pris, il donna lieu à des vomissements et à de fortes coliques qui engagèrent le malade à ne plus y avoir recours. Lorsqu'il se présenta à notre examen, nous trouvâmes l'hypocondre droit et l'épigastre occupés par une volumineuse tumeur dont on circonscrivait le bord un peu au-dessus de la région ombilicale. Cette tumeur était douloureuse à la pression, et de temps en temps le malade y éprouvait de forts élancements. Elle n'offrait aucune bosselure. Toute la surface de la peau, ainsi que les conjonctives, étaient légèrement jaunâtres. Il y avait un dégoût absolu pour toute espèce d'alimentation ; la langue avait son aspect normal ; plusieurs selles jaunes et liquides avaient lieu chaque jour.

Dans cet état de choses, M. Lerminier ne jugea pas à propos d'employer le quinquina pour couper la fièvre. Ayant surtout égard à l'exaspération des symptômes de la maladie du foie, il prescrivit plusieurs applications de sangsues, soit sur l'hypocondre droit, soit à l'anus, des bains, des fomentations émollientes sur l'abdomen, de simples tisanes émollientes à l'intérieur. Sous l'influence de ce genre de médication, la tension de l'hypocondre et de l'épigastre diminuèrent sensiblement au bout de quelques jours, ces régions cessèrent d'être douloureuses, un peu d'appétit se manifesta, la teinte ictérique disparut, et en même temps les accès de fièvre cessèrent.

Cet homme, se trouvant alors à peu près revenu à l'état habituel dans lequel il disait être depuis plusieurs années, quitta l'hôpital. Cependant ce cas me semblait tellement intéressant, que je pris l'adresse de cet individu, et que j'allai le voir rue du Cloître-Saint-Benoît, faubourg Saint-Jacques. J'étais curieux de savoir si, sous l'influence d'une vie peu réglée, la maladie du foie s'exaspérerait de nouveau, et si en même temps, comme effet de cette exaspération, reparaîtraient les accès de fièvre. J'avais à cœur de bien m'assurer si c'était la fièvre intermittente qui, en opérant une congestion sur le foie, avait aggravé la maladie de celui-ci, ou si ce n'était pas plutôt cette dernière, aggravée par d'autres causes, qui avait produit la fièvre intermittente. Le succès du traitement antiphlogistique qui, en modérant les symptômes locaux de l'affection du foie avait fait simultanément disparaître les accès de fièvre, était un grand argument en faveur de cette dernière manière de voir. Si elle était exacte, on pouvait en tirer cette conclusion importante, savoir : qu'une fièvre intermittente peut naître à propos

d'une lésion organique constante, et, sous ce point de vue, le cas actuel pouvait être rapproché d'un autre cas souvent cité, dans lequel on dit avoir vu une fièvre intermittente se produire, toutes les fois qu'une sonde était établie à demeure dans le canal de l'urètre. En cas pareil, il faut bien admettre des idiosyncrasies, des dispositions particulières. Car, combien de fois une sonde n'est-elle pas introduite dans l'urètre, combien de fois une maladie chronique du foie ne s'exaspère-t-elle pas brusquement, sans qu'il en résulte une fièvre d'accès? Voilà ce qui doit nous rendre si réservés pour établir des règles, des lois en médecine. Quoi qu'il en soit, notre malade resta environ deux mois chez lui sans éprouver rien d'insolite; mais, au bout de ce temps, il eut un violent chagrin : son fils était conscrit, et le sort l'avait désigné pour servir. A peine ce malheureux père fut-il instruit de cette nouvelle, que son ancien ictère reparut, il éprouva une vive douleur au foie, et dès le lendemain il fut pris d'un violent frisson, qui fut suivi de chaleur et de sueur. Il eut trois accès bien caractérisés, avec le type tierce, puis la fièvre devint continue, et le malade rentra à la Charité. Entre le second et le troisième accès, j'avais fait appliquer, sans succès, vingt-quatre sangsues sur l'hypochondre droit. Peu à peu le chagrin de cet homme se calma, il toucha un peu d'argent qui sembla le consoler de la perte de son fils; l'ictère se dissipa de nouveau; le pouls perdit sa fréquence; le malade revint encore une fois à son premier état de santé, et il nous quitta. J'ignore ce qu'il est devenu depuis.

Il est juste de rappeler ici que M. Portal est un des auteurs qui ont le plus insisté sur les fièvres intermittentes qui sont causées par une affection du foie, ou qui du moins coïncident avec elles. Il a très-bien fait remarquer que de pareilles fièvres ne cèdent jamais au quinquina, qui ne sert qu'à les rendre plus rebelles, en contribuant à exaspérer la maladie du foie.

B. TROUBLES DE LA CIRCULATION, DÉTERMINÉS PAR UN OBSTACLE AU LIBRE COURS DU SANG DANS L'INTÉRIEUR DU FOIE.

25. Nous avons exposé ailleurs (*Précis d'Anatomie pathologique*) les résultats des expériences et des observations modernes, sur les hydropisies partielles ou générales, produites par un obstacle au cours du sang. Il y a aussi un certain nombre de maladies du foie qui s'accompagnent d'ascite, et dans lesquelles cette dernière paraît être due à la difficulté qu'éprouve le sang veineux à traverser le parenchyme hépatique. Ces maladies ne sont pas celles, comme on pourrait le croire *à priori*, dans lesquelles des productions accidentelles, des masses cancéreuses ou tuberculeuses, des hydatides, de vastes abcès occupent la place du tissu du foie. Dans ces différents cas, l'hydropisie ne s'observe pas constamment, et elle ne survient guère que dans les derniers temps de la maladie. Elle est aussi assez rare lorsqu'il n'y a que simple hypertrophie du foie sans augmentation de sa consistance. Elle est plus com-

mune dans les cas d'induration rouge, blanche, grise ou verte du parenchyme hépatique. Enfin, on l'observe surtout d'une manière à peu près constante dans les cas de diminution du volume du foie, soit que cette diminution porte également sur les deux substances, soit que la blanche soit hypertrophiée en même temps que la rouge est atrophiée, ou bien que, sans avoir diminué de volume, cette dernière semble être devenue moins vasculaire que de coutume.

Voilà ce qu'apprend l'observation, et ce qui aurait pu être facilement prévu, comme une conséquence théorique des recherches que nous avons exposées plus haut sur l'anatomie morbide du foie. C'est en effet précisément dans les cas où l'on peut le mieux admettre une oblitération, une atrophie, une transformation celluleuse ou fibreuse d'une certaine partie des vaisseaux qui se ramifient dans le foie, que nous voyons l'ascite se manifester le plus fréquemment. Rien n'est d'ailleurs plus facile à expliquer que sa production en pareille circonstance. De la sérosité s'accumule dans le péritoine, lorsque la veine porte hépatique cesse de livrer un libre passage au sang veineux abdominal, de même qu'un membre s'infiltre lorsque sa veine principale se trouve obstruée. Cette liaison entre certaines hydropisies partielles et un obstacle dans la circulation veineuse a été si bien démontrée par mon savant ami M. Bouillaud, et par ceux qui, après lui, se sont livrés à ce même genre de recherches, que la seule existence de l'ascite qui accompagne à peu près constamment certaines maladies du foie, pourrait être à son tour donnée comme une preuve qu'il y a dans ces maladies obstacle à la circulation veineuse dans le foie.

L'espèce d'affection du foie, dans laquelle survient le plus ordinairement l'ascite, est une de celles dont le diagnostic est le plus obscur. On ne peut pas dans ce cas reconnaître de tumeur, puisque le volume de l'organe est diminué au lieu d'être augmenté : très-rarement y a-t-il de la douleur ; rarement aussi observe-t-on des traces d'ictère. Il n'y a véritablement que l'existence de l'ascite qui puisse alors porter à soupçonner qu'il y a maladie du foie. Assez souvent, à la Charité, nous avons ainsi reconnu, pendant la vie, non-seulement l'existence de cette maladie, mais nous avons pu déterminer sa nature : pour cela il faut surtout avoir égard à la manière dont l'hydropisie a débuté, à sa marche, aux symptômes locaux ou généraux qui l'ont précédée. D'abord on peut la distinguer assez sûrement d'une hydropisie produite par une affection organique du cœur, en ce que, dans ce dernier cas, les premières traces

d'épanchement séreux ne se montrent que très-rarement dans l'abdomen, mais se manifestent d'abord autour des malléoles, puis aux jambes, aux cuisses, et enfin au péritoine. Dans le cas, au contraire, où l'hydropisie est liée à une affection du foie, c'est dans le péritoine que la sérosité commence à s'accumuler, et ce n'est que secondairement que les membres abdominaux viennent à s'œdématier. L'anatomie et la physiologie rendent facilement raison de ces différences. L'ascite pourrait encore être le résultat d'une péritonite ; mais le plus souvent alors il y a eu une époque de la maladie où des douleurs péritonéales se sont fait sentir. Enfin, l'ascite pourrait être essentielle, c'est-à-dire sans cause appréciable pour nous ; mais ce cas est infiniment rare, et la plupart des ascites regardées comme essentielles par les anciens auteurs, paraissent avoir été précisément, dans le plus grand nombre des circonstances, ou le résultat d'une péritonite qui n'a laissé d'autre trace qu'une collection séreuse, ou le produit de ces maladies du foie dont il est ici question, dans lesquelles l'organe est atrophié, comme ratatiné et flétri, soit qu'en même temps il soit parsemé ou non de ces granulations jaunes ou rouges, dont nous avons déjà expliqué la formation.

Il y a quelques cas où l'ascite résulte aussi d'un obstacle à la libre circulation du sang dans la veine porte ; mais cet obstacle ne réside plus dans le foie qui est sain ; il est placé sur le trajet même du tronc de la veine porte, ou de ses principales divisions abdominales, qui sont comprimées par des tumeurs de volume et de nature variables. Un fait de ce genre nous est offert par l'observation suivante, qui présente aussi de l'intérêt sous plusieurs autres rapports.

Un jeune homme de 24 ans, ayant depuis plusieurs années un engorgement indolent des ganglions lymphathiques des deux côtés du cou, présentait plusieurs des signes rationnels d'une affection organique du cœur, lorsqu'il entra à l'hôpital de la Charité, vers le commencement du mois de mars 1826. Face bouffie, livide ; teinte violacée des lèvres et des ailes du nez ; œdème des paupières ; ascite, mais infiltration très-peu considérable des membres abdominaux. La respiration était courte, accélérée ; elle s'exécutait surtout par le jeu des côtes ; le décubitus horizontal était impossible, sous peine de suffocation, et le malade passait les nuits et les jours à demi assis dans son lit, la tête et le tronc maintenus élevés par des oreillers. Cette gêne de la respiration s'était accrue peu à peu, mais c'était surtout depuis un an que la dyspnée était devenue pénible pour le malade ; elle avait constamment augmenté sous l'influence des temps humides et pluvieux. La poitrine, percutée, résonnait bien partout ; l'auscultation ne faisait reconnaître rien d'insolite à la région du cœur, ni en aucun autre point qui pût porter à soupçonner l'existence d'une maladie de cet organe ou des gros vaisseaux. L'on entendait en divers points du thorax un râle muqueux ; ailleurs un râle sec, sibilant ; ailleurs le bruit respiratoire était net mais intense. Depuis plusieurs mois le malade était

enrhumé ; il n'avait jamais craché de sang, et, lorsque nous le vîmes, il avait une expectoration peu abondante et simplement muqueuse. L'appétit était assez bon, et il y avait habituellement un peu de diarrhée, sans existence de douleurs abdominales. Le pouls, sans fréquence, n'offrait rien d'insolite sous le rapport de sa force et de son rhythme.

Rien ne prouvait qu'il existât chez cet individu une lésion organique du cœur, et cependant cette lésion semblait être annoncée par plusieurs des symptômes, tels que l'aspect de la face, l'hydropisie, l'orthopnée. Cette hydropisie présentait toutefois une circonstance qui n'est pas celle que l'on rencontre le plus communément dans les cas de maladies du cœur : les membres abdominaux ne s'étaient infiltrés que consécutivement à l'ascite, et encore ne l'étaient-ils que très-peu. On sait, au contraire, que l'hydropisie qui dépend d'une maladie du cœur commence, dans le plus grand nombre des cas, par l'œdème du pourtour des malléoles.

L'auscultation ne découvrait, ni dans le cœur, ni dans les poumons, la cause de la dyspnée.

Les moyens thérapeutiques suivants furent tour à tour employés : saignées locales et générales ; application de vésicatoires sur la poitrine et sur les membres inférieurs ; tisane diurétique ; frictions avec la teinture de digitale et le vin scilitique.

Pendant les six semaines suivantes, l'état du malade ne subit aucun changement notable : l'orthopnée fut constante ; la respiration devenait haletante, dès que le malade essayait de sortir un peu de son lit. L'auscultation, souvent pratiquée, ne donna aucun nouveau renseignement ; la toux n'augmenta ni ne diminua ; elle était d'ailleurs peu considérable. Jamais nous n'observâmes de fièvre proprement dite. Rien n'annonçait encore la fin prochaine de cet individu, lorsque, sans changement appréciable survenu dans son état, il fut pris, tout-à-coup, le Ier mai, d'une dyspnée extrême ; bientôt un râle trachéal survint, la respiration s'embarrassa comme chez les apoplectiques, et au bout de quelques heures le malade succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Rien de remarquable dans la masse encéphalique, non plus que dans la moelle épinière.

Dans le thorax, on trouva le cœur ayant ses proportions physiologiques, exempt de toute lésion appréciable, ainsi que le péricarde ; il contenait une petite quantité de sang noir à moitié coagulé. Les vaisseaux qui se rendent au cœur ou qui en partent étaient dans leur état normal. Un petit nombre de tubercules miliaires étaient disséminés dans le parenchyme pulmonaire, généralement engoué, mais sain et partout plein d'air. Quelques anciennes adhérences celluleuses unissaient les plèvres costale et pulmonaire des deux côtés.

Le médiastin antérieur était occupé par une grosse masse de ganglions lymphatiques tuberculeux. Au milieu de cette masse passaient les deux nerfs diaphragmatiques ; il était impossible de les suivre à travers les nombreux ganglions qui les entouraient et les pressaient de toutes parts. Ils reparaissaient non loin du diaphragme ; et depuis le point où ils se dégageaient de la masse ganglionnaire jusqu'à leur distribution dans le diaphragme, ces nerfs étaient remarquables par leur couleur grisâtre, semblable à celle que présente assez souvent le nerf optique qui se rend à un œil atrophié depuis longtemps.

Dans l'abdomen on trouva l'estomac sain ; des tubercules assez nombreux disséminés sous la membrane muqueuse de l'intestin grêle ; quelques ulcérations, petites et superficielles, dans l'étendue de quelques pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale ; un

tubercule du volume d'une noisette dans la substance corticale de l'un des reins ; des adhérences celluleuses entre le diaphragme et le foie, dont le tissu était sain ; la rate molle et assez volumineuse ; un épanchement considérable de sérosité dans le péritoine ; et enfin, au-devant de la colonne vertébrale, une énorme masse de ganglions lymphatiques dégénérés en tubercules, qui comprimaient fortement d'une part la veine cave, et d'autre part la veine-porte, dont ils entouraient les principales branches abdominales, ainsi que le tronc.

De chaque côté du cou, depuis le bord de la mâchoire jusqu'aux clavicules, existait un volumineux chapelet de ganglions lymphatiques tuberculeux, comme ceux du thorax et de l'abdomen. Plusieurs étaient interposés entre les vaisseaux et les nerfs du cou, et l'on trouvait, séparées par ces ganglions, l'artère carotide et la veine jugulaire. Quant au nerf pneumo-gastrique, quelques pouces au-dessous du point d'origine du nerf laryngé supérieur, il se perdait dans la masse des ganglions, au milieu desquels il était impossible de le retrouver. Il reparaissait un peu au-dessus du niveau de la clavicule, et était remarquable des deux côtés par son *aplatissement* : il fournissait, comme de coutume, les nerfs récurrents. Dans le reste de son étendue, et notamment dans ceux de ces rameaux qui constituent une grande partie du plexus pulmonaire, il n'offrait rien de remarquable.

Le cordon cervical du grand sympathique n'avait subi aucune altération appréciable, soit dans sa position, soit dans sa texture.

Chaque aisselle était occupée par une tumeur du volume d'une grosse orange, constituée par l'assemblage de ganglions lymphatiques tuberculeux.

Le canal thorachique, perméable comme de coutume, contenait une petite quantité de sérosité rougeâtre.

Outre la cause de l'hydropisie, qui semblait résider ici dans la compression des gros troncs veineux, cette observation m'a paru encore digne d'intérêt, en raison de l'état dans lequel furent trouvés plusieurs des nerfs qui contribuent à l'accomplissement de la respiration, les nerfs diaphragmatiques d'une part, et les deux cordons de la huitième paire d'autre part. Déjà M. Bérard a rapporté le cas d'un individu chez lequel on ne trouva d'autre lésion, pour expliquer la dyspnée considérable qu'il avait présentée pendant la vie, qu'une tumeur développée dans l'épaisseur même de l'un des nerfs diaphragmatiques. (Thèse de M. Descot sur les affections des nerfs). Ici, non-seulement les deux nerfs diaphragmatiques avaient subi une notable altération, laquelle était suffisamment caractérisée par la couleur grise, la véritable atrophie de leur extrémité inférieure, mais encore les deux nerfs pneumo-gastriques étaient gravement compromis, ainsi que le démontrait manifestement l'aplatissement qu'ils présentaient en sortant de la tumeur lymphatique au milieu de laquelle il était impossible de les suivre. Or, si les expériences des physiologistes ont prouvé qu'après la section de la huitième

paire l'hématose cesse de s'effectuer convenablement, les poumons s'engouent, et la mort survient au bout de peu de jours, le fait que je viens de citer n'est-il pas à rapprocher de cet ordre de faits ? Il y a eu également diminution graduelle, et enfin cessation de l'influence exercée par la huitième paire sur la transformation du sang veineux en sang artériel ; de là, la dyspnée toujours croissante, etc. Si l'on ne veut pas admettre cette cause de dyspnée, il faudra alors reconnaître que la gêne de la respiration, très-considérable , présentée par le malade qui fait le sujet de cette observation, a existé, sans qu'on ait pu retrouver sur le cadavre aucune lésion qui puisse en rendre compte ; car je ne pense pas que les tubercules, très-petits et très-peu nombreux , trouvés dans les poumons, pussent, en aucune manière, expliquer cette dyspnée, comparable, sous le rapport de son intensité, à celle qui se manifeste dans le cours des plus graves affections organiques du cœur.

§ III. TROUBLES DES SÉCRÉTIONS ET DE LA NUTRITION.

18. La sécrétion de l'urine est celle qui est le plus souvent altérée dans les maladies du foie. La plus remarquable de ces altérations consiste dans le mélange de plusieurs éléments de la bile avec les principes ordinaires de l'urine. La physiologie apprend que, parmi les différentes voies par lesquelles peuvent être éliminées du corps diverses substances étrangères, aucune n'est plus active et ne semble plus largement ouverte que l'appareil rénal. Aussi, chez les ictériques, l'urine contient de la bile avant que la peau ne soit colorée en jaune ; il arrive même, dans plus d'un cas de maladie du foie, que la peau ne perd pas sa couleur naturelle, tandis que la teinte acquise par l'urine atteste dans ce liquide la présence de la bile. Qu'y a-t-il d'ailleurs d'étonnant, de voir les matériaux de la bile, que le foie ne sépare plus du sang, sortir de l'économie avec l'urée, lorsque sans cesse nous voyons être expulsées avec ce même principe une foule de substances non assimilables, qui ont été formées dans l'économie, ou qui y ont été introduites du dehors ?

Les matériaux de la bile, lorsqu'ils ne sont pas suffisamment séparés du sang par leur organe éliminateur ordinaire, peuvent encore sortir de l'économie par d'autres voies que par les reins. Souvent, par exemple , la matière de la transpiration cutanée en est imprégnée, et si les malades ont des sueurs , celles-ci teignent le linge en jaune.

Le mucus nous a paru contenir de la bile, ou du moins ses éléments,

beaucoup moins souvent que l'urine et que la sueur. Le mucus lingual, par exemple, n'est pas plus souvent jaune dans les cas d'ictères que dans toute autre affection. Une fois, cependant, chez un ictérique, nous avons trouvé une singulière coloration de ce mucus et de celui qui est fourni par la membrane des voies aériennes : la face supérieure de la langue était couverte par un enduit épais d'une belle teinte verte porracée ; les mucosités expectorées avaient la même couleur. Les conjonctives et la peau étaient jaunes comme de coutume ; l'urine présentait aussi la teinte rouge orangée qui lui est habituelle dans les cas d'ictère. Quelle était la cause de cette singulière différence entre la couleur de la matière accidentellement mêlée aux produits de la sécrétion des membranes muqueuses, et la couleur de celle qui imprégnait le tissu réticulaire de la peau, et qui teignait l'urine ?

Pour quiconque a médité sur ces faits, il devient très-probable que, dans un certain nombre de maladies dont la cause semble résider dans une matière morbide qui existe dans le sang, soit qu'elle y ait été introduite du dehors, soit qu'elle y ait été formée, les organes sécréteurs jouent le rôle important de séparer du sang les principes qui l'altèrent. N'est-ce pas ainsi, par exemple, qu'on peut expliquer la remarquable fétidité des sécrétions cutanées, intestinales et urinaires, chez les animaux qui ont reçu des matières putrides dans leurs veines ? Qu'est-ce encore que cette odeur acide caractéristique, que présentent les sueurs pendant la durée de la fièvre de lait chez les femmes accouchées ? Il est bien évident que cela ne peut dépendre que d'un nouveau principe qui se mêle à la matière de l'exhalation cutanée, et qui se révèle ici par son odeur, comme chez les ictériques il se révèle par sa couleur. Ce principe n'est-il pas un de ceux qui doivent entrer dans la composition du lait ? Une sécrétion supplémentaire le sépare de la masse du sang où il se forme, jusqu'à ce que les mamelles soient suffisamment préparées pour l'éliminer. De là, que s'ensuit-il encore ? C'est que si la glande mammaire ne remplit pas convenablement son office, les matériaux de la sécrétion lactée resteront dans le sang, d'où ils devront être éliminés, comme nous avons vu que l'étaient les matériaux de la bile, comme le sont aussi, dans d'autres circonstances, les principes de l'urine, par d'autres voies que par les reins. Si l'on admet ces faits, on n'en accepte que la conséquence, en admettant aussi, soit le mélange des principes du lait avec les différents liquides sécrétés, soit même leur stase, leur dépôt dans certains organes, à la surface des séreuses ou ailleurs ; là,

pour que leur élimination soit favorisée, ne peut-il pas naître un travail d'irritation plus ou moins fâcheux? Et si telle est la cause de celui-ci, les émissions sanguines seront-elles, en pareil cas, un moyen bien efficace? Ne serait-il pas alors plus rationnel, plus physiologique d'activer une sécrétion, comme, par exemple, celle du foie ou de la membrane muqueuse intestinale? Est-ce ainsi qu'agissait avec avantage la méthode purgative employée par Doublet et par d'autres médecins, dans les cas de fièvres dites puerpérales? Il y avait donc quelque chose qui n'était pas déraisonnable dans l'ancienne croyance aux *métastases laiteuses*.

Nous prions le lecteur de remarquer que nous ne donnons comme prouvée aucune de ces idées; mais nous demandons qu'elles soient méditées, parce que plus d'un fait, soit physiologique, soit pathologique, tend réellement à en démontrer l'exactitude, et qu'une opinion abandonnée n'est pas nécessairement pour cela une opinion fausse.

28. La nutrition proprement dite, est gravement altérée dans la plupart des cas de maladies chroniques du foie. Cependant on n'observe guère alors ce marasme squelettique qui accompagne la phthisie pulmonaire. Il y a même une production accidentelle dont le développement dans le foie n'occasionne le plus souvent aucun dépérissement, à moins qu'elle n'ait envahi une très-grande partie du parenchyme hépatique : ce sont les hydatides. Un abcès peu volumineux, une masse cancéreuse peu considérable, souvent même un simple changement de volume ou de consistance du foie, entraînent un plus grand désordre dans la nutrition que ne le font ces entozoaires.

Les maladies du foie, soit aiguës, soit chroniques, peuvent également modifier les fonctions de la vie animale, comme celles de la vie nutritive. Mais ici rien de général ne peut plus être dit; car il y a autant de modifications de l'innervation que d'individus. Il y a des malades chez lesquels le système nerveux reste dans son état normal, quelle que soit la désorganisation que le foie ait subie. Chez d'autres, la moindre irritation de cet organe retentit dans l'encéphale; il donne naissance à ces divers groupes de symptômes dont on a fait la fièvre ataxique. Dans leur état chronique, il peut arriver que les affections du foie, en même temps qu'elles ne s'annoncent que par des symptômes locaux très-peu tranchés, produisent, par leur action sympathique sur les centres nerveux, une foule de phénomènes morbides, dont on a raison de faire des névroses, en ce sens que leur siége est dans le système nerveux, mais dont l'affection du foie est le véritable point de départ.

CHAPITRE III.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

29. Quelque exactitude que nous ayons cherché à mettre dans la description générale que nous venons de donner des maladies du foie, nous sentons combien ce que nous avons dit est loin de représenter les nuances infinies que ces maladies peuvent offrir dans leurs caractères anatomiques, leurs symptômes, leur marche, leurs complications, etc. On ne pourra atteindre ce but que par la méditation, souvent pénible, mais toujours utile, d'un certain nombre d'observations particulières. Celles qui suivent fourniront des exemples de la plupart des affections du foie, dont l'existence a été jusqu'à présent constatée.

ARTICLE PREMIER.

OBSERVATIONS RELATIVES AUX CONGESTIONS SANGUINES DU FOIE.

Ire OBSERVATION.

Affection organique du cœur. Tumeur dans l'hypocondre droit, dont l'apparition coïncide avec chaque augmentation de dyspnée. Foie très-volumineux et gorgé de sang.

Un ferblantier, âgé de 46 ans, disait être asthmatique depuis sa jeunesse. Un an seulement avant d'être soumis à notre examen, il s'était aperçu d'un léger œdème autour des malléoles; cet œdème avait gagné peu à peu la totalité des membres abdominaux, en procédant de bas en haut; plus tard encore, les bourses, et enfin l'abdomen s'étaient tuméfiés. Au bout de trois mois de durée, cette hydropisie se dissipa; mais elle reparut deux mois avant l'entrée du malade à la Charité; alors l'hydropisie était à peu près générale dans le tissu cellulaire sous-cutané; l'ascite n'était pas très-considérable; la respiration était extrêmement gênée; la position assise était la seule que pût garder le malade. Les battements du cœur ne s'entendaient que faiblement, et avec beaucoup d'irrégularité dans leur rhythme, à la région précordiale, dans toute l'étendue du sternum, et à l'épigastre; le pouls se sentait à peine; on entendait souvent de suite plusieurs battements du cœur, sans qu'il fût possible de percevoir les pulsations artérielles. L'hypocondre droit était tendu, sans être douloureux : on y reconnaissait par le palper un corps arrondi, qui, semblant partir de derrière les côtes, se terminait par un bord mousse un peu au-dessus du niveau de la région ombilicale. M. Lerminier prescrivit une saignée d'une livre, et l'application de vingt sangsues à l'anus. A me-

sure que le sang coulait de la veine, le malade semblait renaître : sa respiration devenait plus libre, et le pouls se sentait mieux. Le lendemain matin, cet individu, qui la veille semblait mourant, n'était plus reconnaissable. La face avait perdu sa lividité ; le pouls était redevenu régulier et assez fort ; les battements du cœur s'entendaient d'une manière moins confuse. Un notable changement avait eu lieu en même temps dans l'hypochondre droit ; il avait repris sa souplesse, et l'on n'y sentait plus de tumeur. Pendant les trois semaines suivantes, l'état du malade resta à peu près semblable à celui qu'il nous avait offert à la suite de la double émission de sang par la lancette et par les sangsues. L'hydropisie n'augmenta ni ne diminua. Mais au bout de ce temps, et sans cause connue, la gêne de la respiration redevint tout à coup très-considérable ; le pouls parut de nouveau très-faible, irrégulier ; la face prit une teinte livide, et en même temps le foie redescendit dans l'hypochondre, où, comme la première fois, on put le reconnaître facilement par le palper. Les émissions sanguines avaient déjà si bien réussi, qu'elles furent encore essayées : mais cette fois elles n'eurent plus la même efficacité ; l'état d'asphyxie devint de plus en plus prononcé, et le malade ne tarda pas à succomber.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Aspect violacé de la face conservé après la mort ; lividité des bras et des jambes.

Sang noir, semblable à de la gelée de groseilles, dans les quatre cavités du cœur qu'il distend. Vidée du sang qu'elle contient, la cavité agrandie du ventricule droit ne s'affaisse pas ; ses parois sont hypertrophiées. La cavité du ventricule gauche a aussi de très-grandes dimensions, et ses parois ont une épaisseur qui surpasse de beaucoup celle de leur état normal. Les différents orifices du cœur sont libres. On ne trouve dans l'aorte que quelques petites taches blanchâtres à sa surface interne. Les poumons sont engoués, mais sains.

Dans l'abdomen, le foie est remarquable par son volume ; il dépasse de plusieurs travers de doigt le rebord cartilagineux des côtes : par l'incision et une pression légère, on en fait ruisseler une énorme quantité de sang. Son tissu, de consistance ordinaire, présente une teinte rouge à peu près uniforme, plus foncée cependant là où existe naturellement la substance que nous avons appelée spongieuse ou caverneuse et qui paraît être le plus éminemment vasculaire. La vésicule contient une petite quantité de bile jaune. Tous les tissus sont généralement gorgés de sang.

Cette observation fournit un exemple remarquable d'une de ces congestions sanguines toutes mécaniques, dont le foie peut devenir le siége chez les individus atteints d'une affection organique du cœur. Dans la partie la plus vasculaire du foie s'accumule de plus en plus tout le sang qui, apporté au foie par la veine porte, ne peut pas passer dans le cœur, et de celui-ci il peut aussi en refluer une certaine quantité. Alors le foie se tuméfie, comme on voit, par exemple, se gonfler les corps caverneux du pénis chez les individus qu'on étrangle. Ce qu'il y a de remarquable, c'est l'extrême rapidité avec laquelle, d'une part, le foie peut de la sorte

acquérir souvent un volume prodigieux, et avec laquelle, d'autre part, il reprend son volume normal, dès que la gêne de la circulation veineuse est devenue moins considérable. Ce véritable retrait du foie fut ici bien manifeste à la suite des premières émissions sanguines.

IIe OBSERVATION.

Congestion sanguine active du foie, sans altération de sa texture (Premier degré de l'hépatite aiguë.) Ictère fébrile. Tumeur dans l'hypochondre droit. Irritation sympathique du cerveau.

Un ouvrier à la Monnaie, d'un âge moyen, fortement constitué, peau brune, cheveux noirs, était atteint d'un ictère avec fièvre, lorsqu'il entra à la Charité. Huit jours auparavant, sa santé, bonne jusqu'alors, avait commencé à se déranger. Il avait ressenti d'abord une gêne insolite, une sorte de pesanteur vers l'hypochondre droit. Le docteur Rouzet, consulté alors, reconnut l'existence d'une tumeur dans cet hypochondre, et bientôt de la fièvre survint. Le malade fut saigné. Lorsque nous le vîmes, il avait un ictère très-prononcé, qui n'existait que depuis trois jours : le pouls était fréquent et la peau chaude. Le malade n'accusait aucune douleur; mais, en palpant l'abdomen, on reconnaissait facilement dans l'hypochondre droit le foie développé. La tumeur qu'il constituait s'étendait depuis le rebord cartilagineux des côtes, derrière lesquelles elle semblait se prolonger, jusqu'un peu au-dessus du niveau de l'ombilic ; on circonscrivait avec assez de facilité le bord tranchant de l'organe ; la tumeur ne dépassait pas la ligne blanche ; elle ne causait point de douleur, soit spontanément, soit par la pression. La langue était blanchâtre, sans pointillé rouge; la bouche sans amertume; l'appétit était perdu, la soif assez vive, l'épigastre indolent, les selles ordinaires (elles étaient jaunes et médiocrement consistantes : il y en avait eu régulièrement une à deux en quarante-huit heures depuis le commencement de la maladie). Les urines étaient peu abondantes, et d'un jaune orangé très-remarquable.

Cet individu fut regardé comme atteint d'un hépatite aiguë. (*Vingt-cinq sangsues à l'anus ; tisanes émollientes.*)

Pendant les cinq jours suivants, l'état du malade resta à peu près le même. Le mouvement fébrile était aussi intense, et chaque nuit un peu de délire survenait. Dans la matinée du septième jour à dater de l'époque de l'entrée du malade à la Charité, le délire de la nuit persistait : il regardait fixement les personnes qui l'entouraient sans répondre à leurs questions; puis il parlait seul, et tenait les propos les plus incohérents. La face était rouge, les yeux injectés; la langue conservait le même aspect que les jours précédents ; le pouls battait de cent quinze à cent vingt fois par minute ; la peau était brûlante et sèche ; la teinte ictérique plus prononcée que jamais. (*Vingt sangsues sur le trajet de chaque jugulaire : sinapismes aux jambes, lavement avec une once de sulfate de soude*).

Dans la journée, alternative de coma profond et d'agitation violente, pendant laquelle il pousse de temps en temps un cri aigu, qui semble indiquer une vive souffrance, réelle ou imaginaire. Dans la soirée, l'élève de garde pratique avec peine une saignée de trois palettes. Le sang tiré de la veine se rassemble en un caillot petit et dense, que recouvre une couenne assez épaisse. Cependant, les deux jours suivants, les accidents cérébraux persistent aussi intenses et sous la même forme ; puis ils changent brusquement de caractère : l'état comateux devient continuel ; le malade tombe dans un assoupissement dont rien ne peut le tirer. Lorsqu'on lui adresse la parole à voix

haute à plusieurs reprises, il ouvre les yeux comme un homme qu'on réveille, ne répond rien, les referme, et semble s'endormir de nouveau. Les membres soulevés retombent de leur propre poids, comme des masses inertes ; cependant la peau qui les recouvre a conservé de la sensibilité, et la force de contraction musculaire n'y est pas abolie, car le malade les retire avec assez de vivacité lorsqu'on les pince. La langue, aperçue au fond de la bouche, ne paraît pas être déviée de son état normal. — D'ailleurs, même tumeur dans l'hypochondre droit ; même état du pouls ; persistance de l'ictère. Cependant les poumons ne tardent pas à s'engouer ; la respiration devient râlante, et le malade succombe dans une sorte d'état apoplectique, le douzième jour de son entrée à la Charité, et le vingtième à dater de l'époque de l'apparition des premiers phénomènes morbides. Dans les trois derniers jours, on avait appliqué des vésicatoires aux extrémités inférieures, et un autre à la nuque.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les méninges étaient assez vivement injectées, et de la substance du cerveau, coupée par tranches, on voyait sortir par beaucoup de petits points, orifices d'autant de vaisseaux, des gouttelettes de sang. L'encéphale et ses membranes étaient donc le siége d'une assez forte congestion sanguine ; cependant bien des fois on observe une congestion pareille chez des individus dont le système nerveux n'a présenté aucun trouble fonctionnel. Peu de sérosité était épanchée dans les ventricules et à la base du crâne. Les diverses parties de l'encéphale furent examinées chacune isolément avec le plus grand soin ; on n'y découvrit aucune altération non plus que dans la moelle épinière, examinée jusqu'au commencement de sa portion dorsale.

On ne trouva rien de notable dans les organes thorachiques, qu'un engouement séreux des poumons très-considérable.

Le premier objet qui nous frappa, en ouvrant la cavité abdominale, fut le volume du foie. Il dépassait de plusieurs travers de doigt le rebord des côtes. Vu extérieurement, il était d'un rouge intense. Chaque incision qu'on y pratiquait en faisait écouler une très-grande quantité de sang. D'ailleurs, son tissu, à peu près uniformément rouge, ne présentait pas d'autre altération appréciable. Les canaux biliaires et la vésicule n'offrirent non plus aucune lésion. Le tube digestif, ouvert depuis l'orifice cardiaque de l'estomac jusqu'à l'anus, ne présenta autre chose que des veines injectées qui rampaient en assez grand nombre dans le tissu cellulaire sous-muqueux de l'estomac et de diverses parties de l'intestin grêle. Il y avait aussi de grosses veines gorgées de sang dans le mésentère. Les autres organes furent trouvés dans leur état naturel.

Les cartilages des côtes, les membranes fibreuses enveloppantes de l'encéphale, du cœur et de la rate, le liquide contenu dans le canal thorachique, offraient une teinte jaune très-prononcée. Cette teinte était moins intense, mais réelle cependant, à la surface externe des intestins.

La maladie dont nous venons de tracer l'histoire présente deux périodes distinctes à étudier. La première est marquée par les symptômes locaux et généraux d'une affection aiguë du foie ; dans la seconde, apparaissent des symptômes nerveux très-graves. Dans la première période

il y a tuméfaction du foie, fièvre et ictère; la douleur est nulle; on n'observe d'ailleurs aucun symptôme qui puisse faire soupçonner que l'affection du foie a été consécutive à une lésion des voies digestives; et après la mort, celles-ci sont trouvées parfaitement saines. On ne trouva rien non plus, à l'ouverture du cadavre, dans les canaux biliaires, qui pût expliquer l'ictère. Celui-ci avait-il pu être seulement produit par la congestion sanguine considérable dont le foie était le siége? D'ailleurs, pendant la vie, nous eûmes la certitude que les voies d'excrétion de la bile étaient également libres, car les selles furent constamment teintes en jaune. Ainsi voilà un cas qui démontre la possibilité de la production de l'ictère, sans obstruction préalable des conduits hépatique ou cholédoque.

Avant que les accidents nerveux de la seconde période fussent très-prononcés, il y avait eu déjà, pendant plusieurs nuits, un délire intermittent qui semblait dépendre d'une irritation sympathique dont le cerveau devenait périodiquement le siége. La mort fut le résultat manifeste de cette irritation devenue continue. Il y eut d'abord exaltation, puis abolition de l'innervation; et ce fut lorsque l'influence nerveuse eut cessé d'agir, suivant son mode normal, sur les poumons, que l'engouement de ceux-ci précéda de peu de temps l'extinction de la vie. Cependant, que trouvons-nous pour expliquer tous ces graves symptômes, pour nous rendre compte de ce trouble si remarquable de l'action des centres nerveux? Un peu plus de sang que de coutume accumulé dans les vaisseaux du cerveau et de ses membranes enveloppantes; un peu plus de sang que d'ordinaire engorgeant aussi les vaisseaux du foie, et rien autre chose!.... Bien souvent on trouve de pareilles congestions, et rien de semblable dans les symptômes. Cependant nous ne pouvons guère nous refuser à croire que, dans ce cas particulier, ceux-ci en dépendissent: née avec l'ictère et la fièvre, la congestion sanguine du foie, annoncée pendant la vie par la tuméfaction de l'hypochondre, paraissait bien avoir produit et cet ictère et cette fièvre; le délire nocturne des premiers temps semblait en être également une dépendance; et si cette opinion est regardée comme fondée, on ne fera qu'en accepter la conséquence en reconnaissant qu'un degré de plus d'irritation sympathique de l'encéphale a pu produire tous ces désordres nerveux ultérieurs. Mais derrière cette partie visible des phénomènes, en quelque sorte, se cache leur cause prochaine, immédiate, qui nous échappe, et que, dans notre ignorance, nous désignons sous le nom d'idiosyncrasie, de dis-

position individuelle. C'est là cette force inégale de résistance vitale par laquelle peuvent s'expliquer les effets infiniment variables produits par une même lésion. La plus légère peut retentir dans tous les points de l'économie et produire la mort; la plus grave, sous le rapport des désordres organiques, peut ne déterminer aucun trouble important des fonctions. L'opinion que nous émettons ici vient, récemment encore, de trouver un appui dans un savant mémoire de M. Louis sur les morts imprévues et subites. On commettrait donc de graves et continuelles erreurs, si, d'après les lésions trouvées sur un cadavre, on voulait deviner quels symptômes ont eu lieu pendant la vie. On arriverait ainsi, dans beaucoup de cas, à de singuliers mécomptes.

Un assez grand nombre d'observations nous autorisent à penser que les congestions sanguines actives du foie, telles que celle dont l'observation qu'on vient de lire fournit un exemple, ne sont pas très-rares, soit comme maladies primitives, soit comme consécutives à d'autres affections, et particulièrement à une phlegmasie des voies digestives. Elles sont annoncées tantôt par une simple tuméfaction du foie avec ou sans fièvre, tantôt par ces mêmes symptômes, et de plus un ictère, rarement par de la douleur. Nous avons vu plusieurs individus chez lesquels ces divers symptômes ne duraient que peu de temps, et, après leur disparition, la santé se trouvait parfaitement rétablie. Chez d'autres, il y avait une singulière disposition au retour de ces congestions hépatiques. Nous avons eu occasion d'observer, entre autres, un jeune homme chez lequel, pendant l'espace de deux années, l'hypochondre devint, cinq ou six fois au moins, le siége d'une tumeur qui, par sa forme, sa situation, devait être regardée comme appartenant au foie tuméfié. En même temps un mouvement fébrile s'allumait; deux fois seulement il eut de l'ictère. Cette tuméfaction de l'hypochondre droit durait tantôt quelques jours seulement, tantôt de quinze jours à trois semaines. Chaque fois des sangsues furent appliquées avec avantage sur l'hypochondre. Ces congestions hépatiques ont enfin cessé de reparaître, et rien n'indique qu'elles aient laissé dans le foie quelque trace d'affection organique.

D'autres fois ces mêmes congestions peuvent véritablement se montrer sous une forme chronique, exister d'une manière continue pendant un temps très-long, sans que le foie, examiné après la mort, présente d'autre altération qu'une accumulation insolite de sang dans son parenchyme. Tel est le cas de l'individu qui fait le sujet de l'observation sui-

IIIe OBSERVATION.

Ictère et tuméfaction douloureuse de l'hypochondre droit, persistant depuis plus d'un an. Pas d'autre altération de l'appareil biliaire qu'un engorgement sanguin du foie. Duodénite chronique. Entéro-colite aiguë.

Une femme, âgée de 55 ans, entra à la Charité vers la fin du mois du juillet 1820. Elle avait alors un ictère. Voici comme elle nous raconta l'origine de sa maladie. Depuis trois ans environ, elle éprouvait de temps en temps un défaut d'appétit, de l'amertume à la bouche, de la pesanteur épigastrique, une lassitude générale. Elle prenait un vomitif qui faisait disparaître ces divers symptômes ; mais ils ne tardaient pas à se montrer de nouveau, et étaient encore combattus par le même moyen, ou par des purgatifs. Il y a un an, ayant éprouvé ces mêmes symptômes, elle prit deux grains d'émétique, comme de coutume, sans consulter de médecin. Mais cette fois elle s'en trouva mal; l'anorexie augmenta, loin de diminuer ; une douleur assez vive se fit sentir vers la partie droite de l'épigastre, et peu de jours après elle s'aperçut que toute sa peau était très-jaune. Elle consulta alors un médecin qui lui fit appliquer d'abord quinze sangsues à l'anus, puis lui donna pendant longtemps des tisanes, des pilules, dont elle ne put nous dire la nature. Cependant, dans l'intervalle de l'année qui s'écoula entre l'apparition de l'ictère et l'entrée de la malade à la Charité, elle dépérit de plus en plus ; la teinte jaune de la peau ne cessa pas; la douleur de la partie droite de l'épigastre ne fut que momentanée, mais elle fut remplacée par un sentiment habituel de gêne et de pesanteur dans l'hypochondre droit, que la malade disait elle-même sentir plus tendu et plus gonflé que le gauche. De temps en temps, la simple sensation de gêne qu'elle y rapportait se changeait en une douleur plus ou moins aiguë. La malade n'avait ni nausées, ni vomissements : mais elle avait un dégoût habituel pour les aliments ; cependant le peu de substances nutritives, solides ou liquides, qu'elle introduisait dans son estomac, n'y produisaient pas de douleurs. Les selles, nous assura la malade, que nous interrogeâmes avec soin sur ce point, ne furent jamais décolorées; elles étaient brunes ou jaunes, quelquefois liquides et fréquentes, le plus souvent rares et d'une bonne consistance. Jamais elle n'avait gardé le lit.

Lorsque nous vîmes cette femme, nous fûmes frappé de son état de maigreur déjà fort avancé. La teinte ictérique était très-marquée ; les conjonctives étaient d'un beau jaune. En palpant l'abdomen, nous reconnûmes dans l'hypochondre droit une tension que n'offrait point le gauche : la pression y était douloureuse, et il nous fut impossible d'y circonscrire exactement une tumeur. Le reste du ventre était souple et indolent. L'anorexie était complète ; il n'y avait pas de soif; la langue avait une couleur pâle, sans enduit; les évacuations alvines étaient colorées en jaune. Le pouls n'avait un peu de fréquence que vers le soir, et alors la température de la peau s'élevait aussi un peu. Les urines étaient rares, d'un beau jaune orangé.

Le temps très-long depuis lequel durait l'ictère, le dépérissement progressif de la malade, la tuméfaction douloureuse de l'hypochondre droit, paraissaient annoncer une affection grave du foie, peut-être une dégénération cancéreuse de cet organe. La nature des selles nous donnait la certitude que les canaux biliaires n'étaient point obstrués. Les circonstances antécédentes semblaient annoncer aussi une affection concomitante de l'estomac, ou, mieux peut-être, de la partie supérieure de l'intestin grêle. M. Lerminier fit pratiquer sur la région du foie des frictions avec un mélange de calomélas et d'axonge ; il donna pour boisson quelques verres d'eau de Vichy et du petit lait nitré.

Pendant un mois nous n'eûmes rien de nouveau à observer dans l'état de la malade. Mais, au bout de ce temps, une abondante diarrhée s'établit; dans les trois ou quatre premiers jours de son existence, aucun nouveau symptôme grave ne l'accompagna; des sangsues appliquées à l'anus, des lavements d'amidon, avec addition de quelques gouttes de laudanum, ne la modérèrent pas; dix ou douze selles liquides, semblables à l'eau teinte en jaune, avaient lieu en vingt-quatre heures. Le cinquième jour après l'invasion de ce dévoiement, l'abdomen se ballonna, le pouls prit une fréquence habituelle, la température de la peau s'éleva. Les septième et huitième jours, fièvre continuelle, évacuations alvines très-fréquentes et involontaires, grande prostration, altération profonde des traits de la face, parole embarrassée, langue sèche, brune à son centre, sans rougeur sur ses bords. Mort le neuvième jour, dans un état adynamique.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Couleur jaune très-prononcée de la dure-mère et de la surface extérieure du cerveau. Rien autre chose de remarquable d'ailleurs dans le système nerveux.

Même teinte jaune d'une très-petite quantité de sérosité qui est épanchée dans le péricarde; poumons et cœur sains. Ce dernier organe contient des caillots fibrineux dépouillés de matière colorante. La sérosité contenue dans le canal thorachique est aussi colorée en jaune.

Cette même couleur se manifeste à la surface externe des diverses parties contenues dans l'abdomen. La surface interne de l'estomac était pâle; sa membrane muqueuse partout d'une bonne consistance. En quelques points on voyait de grosses veines pleines de sang ramper au-dessous d'elle. Toute la surface interne du duodénum, depuis la valvule pylorique inclusivement jusque vers le commencement du jéjunum, présentait une teinte rouge-brunâtre très-prononcée. Les follicules du duodénum, ordinairement très-développés, l'étaient encore plus que de coutume. On eût pris plusieurs d'entre eux pour de gros boutons formés à la surface de la membrane muqueuse. Celle-ci était à la fois épaissie et d'une grande friabilité. Le point dans lequel s'ouvre le canal cholédoque était plus saillant que de coutume. Ce canal ayant été ouvert, ainsi que le cystique, l'hépatique et les divisions principales de celui-ci, on n'y trouva rien de pathologique; il en fut de même de la vésicule du fiel. Le foie lui-même était remarquable par son volume; il descendait de deux travers de doigts au-dessus du rebord cartilagineux des côtes, et son lobe gauche tuméfié touchait la rate. L'incision ne fit reconnaître rien d'insolite dans sa texture; seulement il était gorgé d'une très-grande quantité de sang qui s'en écoulait de toutes parts. En poursuivant l'examen du reste du tube digestif, nous trouvâmes l'intestin grêle généralement blanc et sain dans ses quatre cinquièmes supérieurs environ. Mais dans son cinquième inférieur, la membrane muqueuse présentait une très-vive injection. Les innombrables vaisseaux qui s'y ramifiaient lui donnaient une belle couleur rouge qui occupait aussi les deux faces de la valvule de Bauhin et l'intérieur du cœcum. Elle diminuait dans le colon ascendant, et n'existait plus du tout dans le transverse, qui était blanc. Elle reparaissait un peu dans l'S iliaque et dans le rectum. Les autres organes abdominaux n'offrirent rien de remarquable.

Voici encore un cas où, pour expliquer des symptômes graves et de longue durée, on trouve des lésions en apparence bien légères, des lé-

sions qu'un examen tant soit peu superficiel n'aurait pas même fait apercevoir. Pour rendre compte d'un ictère qui dure depuis un an, d'un embarras de la digestion plus ancien encore, d'un dépérissement progressif, d'un mouvement fébrile s'allumant chaque soir, et enfin d'une fièvre adynamique à laquelle succombe la malade, on ne trouve qu'un foie un peu plus volumineux que de coutume, et une coloration brune ou rouge d'une petite partie du tube digestif. Voyons cependant si nous ne pourrons pas établir une corrélation entre ces lésions et les symptômes observés pendant la vie. N'est-ce pas à l'existence d'une inflammation chronique du duodénum qu'étaient dus les signes d'embarras gastrique que le malade éprouvait de temps en temps, avant de devenir ictérique? N'est-ce pas cette duodénite chronique qui, exaspérée par le dernier vomitif que prit la malade, se propagea au foie et produisit ainsi l'ictère? La congestion sanguine du foie devint chronique, comme la duodénite qui lui avait donné naissance. Sous l'influence de cette double lésion, la malade dépérit de plus en plus; elle n'aurait pas offert de symptômes plus graves, si par exemple, elle avait été atteinte d'une double dégénération concéreuse de l'estomac et du foie. Ne cessons donc de le répéter: la gravité et la nature des symptômes dépendent souvent beaucoup moins de la gravité et de la nature des lésions, que des dispositions variées des individus chez lesquels surviennent ces dernières, du degré de sensibilité des malades, des sympathies plus ou moins nombreuses, plus ou moins actives, qui entrent en jeu. D'ailleurs, il ne faut pas voir seulement ici des phénomènes de cet ordre : il ne faut pas oublier que c'est dans le duodénum que le chyme peut se transformer en matière nutritive. Or, si cet intestin est chroniquement enflammé, la chylification peut-elle continuer à s'y effectuer? Cela n'est guère probable, et voilà encore une cause puissante de dépérissement. Le mauvais état de la nutrition, chez cette malade, semblait devoir l'entraîner peu à peu au tombeau, lorsque survint une nouvelle phlegmasie aiguë d'une autre portion de l'intestin. La diarrhée qui l'annonça d'abord fut bientôt suivie de symptômes plus graves, et la malade succomba au milieu d'une fièvre dite adynamique, qui, bien manifestement dans ce cas, était symptomatique de l'entérocolite. Du reste, nous pensons que toute autre phlegmasie aiguë, survenue, en pareille circonstance, chez un individu dont une maladie chronique avait depuis longtemps altéré profondément et la nutrition et l'innervation, toute phlegmasie aiguë, disons-nous, aurait déterminé ces mêmes symptômes de fièvre

adynamique. C'est maintenant un fait bien démontré pour nous, savoir, que les maladies appelées *fièvres graves* dépendent moins de l'intensité de la phlegmasie locale, que des dispositions dans lesquelles celle-ci trouve l'individu qu'elle frappe.

Dans ce cas encore, l'ictère était indépendant de toute obstruction des canaux biliaires, et en vérité il serait bien difficile de se rendre un compte exact de sa production.

Pourquoi la double phlegmasie chronique du duodénum et du foie a-t-elle pu si longtemps se prolonguer, sans produire dans ces parties aucune désorganisation, tandis que chez d'autres individus la congestion sanguine la moins remarquable en intensité et en durée est rapidement suivie des plus graves altérations de nutrition ou de sécrétion? Quoi qu'il en soit, on comprend que là où il n'y a pas encore désorganisation, la guérison est possible, quelque peu probable qu'elle paraisse, en raison de la longue durée de la maladie. L'observation suivante nous montrera un cas dans lequel, les symptômes ayant été à peu près les mêmes que ceux mentionnés dans l'observation qu'on vient de lire, le malade recouvra la santé.

IVe OBSERVATION.

Ictère avec tumeur dans l'hypochondre droit. Fièvre hectique, dépérissement pendant quinze mois. Guérison.

Un ouvrier mécanicien, âgé de trente-neuf ans, éprouva, un an à peu près avant d'entrer à la Charité, une douleur obtuse qui occupait, comme une barre, la partie inférieure du thorax. En même temps, malaise général, grand abattement, perte d'appétit. Une application de sangsues à l'épigastre fit disparaître ces symptômes, et le malade se crut rendu à la santé. Cependant, les jours suivants, l'appétit, qui était momentanément revenu, disparut de nouveau, et bientôt les yeux, puis toute la peau, devinrent jaunes. Le malade ne put nous rendre qu'un compte très-imparfait des accidents qu'il éprouva ensuite, et du traitement qu'il suivit. Toujours est-il que, pendant les onze mois suivants, l'ictère persista; l'appétit ne revint jamais, de la diarrhée eut lieu de temps en temps, et par intervalles quelques douleurs se faisaient sentir dans l'hypochondre droit. Une grande maigreur succéda à l'embonpoint assez considérable qui avait existé jusqu'à l'invasion de la maladie. Il paraît que pendant tout ce temps aucun traitement régulier n'a été suivi.

Lorsque cet individu fut soumis à notre examen, nous portâmes sur son compte un pronostic très-fâcheux. Il était déjà dans le marasme; un petit mouvement fébrile avait lieu chaque soir, et dans la journée le pouls ne perdait jamais un peu de sa fréquence L'ictère était très-prononcé sur toute la surface cutanée. En palpant l'abdomen, on reconnaissait une tuméfaction insolite dans l'hypochondre droit et à l'épigastre. En pressant de bas en haut les parois abdominales, on sentait, un peu au-dessus du niveau de l'ombilic, un bord tranchant, qui nous parut bien manifestement appartenir au

foie. Partout où se sentait cette tumeur la pression était un peu douloureuse. L'appétit était nul ; il n'y avait jamais ni vomissements, ni nausées ; les évacuations alvines étaient rares, composées de matières dures et noires. La gravité de notre pronostic était principalement fondée sur l'ancienneté de l'ictère et du trouble des fonctions gastriques, et surtout sur le dépérissement remarquable du malade. On pouvait croire, avec juste raison, à l'existence d'une lésion organique de l'estomac et du foie, qui avait subi une notable augmentation de volume. M. Lerminier prescrivit le premier jour l'application d'une douzaine de sangsues sur l'hypochondre droit. Les jours suivants, tisanes émollientes, quelques bouillons pour toute nourriture ; plus tard, sucs de plantes chicoracées, pilules avec le savon médicinal et le calomélas ; eau de Vichy ; pas d'autre aliment que des bouillons ; quelques légers potages ou quelques crêmes de riz. Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, le premier changement qu'on aperçut fut une modification des évacuations alvines ; elles devinrent jaunes, moins consistantes et moins rares ; puis on vit successivement la tuméfaction de l'épigastre et de l'hypochondre droit devenir de moins en moins appréciable, l'ictère diminuer, le mouvement fébrile de chaque soir disparaître, et l'appétit revenir. Trois mois après son entrée à l'hôpital, le malade avait repris de l'embonpoint ; il n'avait plus d'ictère ; il mangeait et digérait bien. Il sortit dans un très-bon état de santé.

La guérison inespérée de cet individu porte à croire qu'il n'y avait chez lui, comme chez le précédent malade, qu'une simple congestion sanguine chronique du foie, ou, si l'on veut, une hépatite chronique au premier degré, sans altération profonde de la texture de l'organe. De pareils cas sont assez rares pour les signaler à l'attention du praticien.

La maladie semblait avoir débuté par une inflammation des voies digestives, qui, attaquée dans son état aigu par une application de sangsues, persista sous forme chronique, et se propagea à l'appareil biliaire. Lorsque nous vîmes la malade, le seul signe d'affection gastrique qui existât était une anorexie complète. Ce symptôme suffisait-il pour démontrer l'existence d'une gastrite ? Quoi qu'il en soit, on applique d'abord des sangsues, là où le palper avait fait reconnaître un engorgement hépatique, et, après quelques jours d'un pur traitement antiphlogistique, on donne du calomélas en pilules, des sucs de chicorée, de l'eau de Vichy. S'il y avait eu inflammation gastro-intestinale, ces moyens n'auraient-ils pas dû l'exaspérer ? Loin de là, c'est pendant qu'un pareil traitement était suivi, que nous vîmes tous les symptômes graves se dissiper peu à peu, et la santé se rétablir contre notre attente. Les médecins anglais noteraient avec soin dans ce fait le changement des évacuations alvines, qui revinrent à un état plus naturel peu de temps après que l'on eut commencé à administrer le calomélas ; ils feraient remar-

quer que ce fut seulement à la suite de ce changement dans la nature des selles, que l'on vit quelque amélioration survenir. Suivant les uns, une pareille amélioration devrait s'expliquer par une révulsion opérée sur le tube digestif; suivant les autres, par une action spécifique exercée sur le foie par les médicaments qui furent administrés; suivant d'autres, par une irritation qui, dans le foie même, en remplaça une autre. Pour nous, nous nous bornerons à constater le fait, et à dire que la guérison s'opéra en même temps qu'on administrait des médicaments qui auraient dû la retarder, d'après les principes de la doctrine de l'irritation. Nous ferons remarquer toutefois que le régime plus sévère auquel fut soumis le malade, l'observation plus rigoureuse des règles de l'hygiène, purent aussi avoir une part importante dans sa guérion.

Il ne sera pas, je pense, hors de propos de rapprocher de cette observation un fait recueilli en ville dans la pratique de mon père, et qui fournit encore un exemple de guérison d'une affection du foie qui avait été longtemps regardée comme devant entraîner l'individu au tombeau. J'ai pu suivre moi-même cette maladie dans diverses périodes de son existence, j'ai senti et reconnu, soit à l'épigastre, soit dans l'hypochondre droit, la présence de tumeurs, qui, depuis, ont complètement disparu.

Madame la marquise de J.... avait eu, pendant plusieurs années, des douleurs presque continuelles à la région épigastrique, douleurs qui augmentaient après les repas. Parvenue à son âge critique, ses digestions devinrent encore plus pénibles; l'appétit diminua de plus en plus; la peau prit une teinte jaune qui se changea bientôt en un véritable ictère; la malade maigrit, et il s'établit un mouvement fébrile, qui, d'abord, n'existait que le soir et la nuit, et qui devint ensuite continuel. En même temps qu'avaient apparu ces divers symptômes, on avait commencé à sentir à l'épigastre et dans l'hypochondre droit une résistance inaccoutumée. Bientôt l'existence d'une tumeur dans ces régions ne fut plus douteuse; sa forme, sa situation, paraissaient indiquer que cette tumeur appartenait au foie; on y sentait quelques inégalités. La pression était généralement douloureuse; il y avait des alternatives de constipation et de dévoiement. Dans l'espace d'une année environ, la malade arriva presque au dernier degré du marasme; les extrémités inférieures étaient habituellement un peu infiltrées. Plusieurs médecins, MM. Portal et Lerminier entre autres, pensèrent, avec mon père et moi, que cette dame était atteinte d'une affection organique du foie, et que le pronos-

tic était des plus graves. La malade en était venue au point de ne pouvoir plus rien digérer. Des frictions mercurielles furent pratiquées sur la région du foie, sans qu'elles parussent faire ni bien ni mal. Un jour, après avoir pris pour la première fois un peu de suc de pissenlits, madame de J... eut quelques vomissements, et surtout une très-abondante diarrhée. Mais, chose remarquable, à la suite de cette sorte d'indigestion, comme la malade l'appelait, elle se trouva sensiblement mieux. Ce qu'il y a de certain, c'est que c'est à dater de cette époque (soit qu'il y eût corrélation véritable ou simple coïncidence) que la maladie, qui jusqu'alors semblait marcher vers un état de plus en plus grave, commença à présenter un aspect moins fâcheux. La fièvre cessa d'être continue; la tuméfaction de l'hypochondre et celle de l'épigastre diminuèrent; les espèces de bosselures ou d'inégalités qu'on y sentait ne furent plus appréciables; la teinte ictérique devint moins prononcée. La malade fut mise alors au lait d'ânesse pour toute nourriture; elle le supporta très-bien, et elle finit par en prendre chaque jour une grande quantité. Peu à peu l'appétit revint, les fonctions digestives se rétablirent, la malade commença à pouvoir manger des aliments solides, son embonpoint revint, l'ictère disparut complètement avec la tumeur du foie. Aujourd'hui, il y a environ six ans que madame la marquise de J... a recouvré une parfaite santé. Elle a un embonpoint considérable, assez de force pour pouvoir faire à pied de longues courses. Elle mange avec appétit et digère très-bien. En un mot, on ne trouve chez elle aucune trace de la maladie très-grave qui semblait, selon toutes les probabilités, devoir l'entraîner au tombeau.

Il est remarquable que, dans les deux cas de guérison de maladie du foie qui viennent d'être cités, l'amélioration a commencé à se manifester à la suite d'une modification produite par l'art : dans le premier cas, les selles deviennent peu à peu plus fréquentes, plus liquides, plus jaunes; dans le second cas, une abondante diarrhée s'établit tout-à-coup. Si c'était ici le lieu, nous ne craindrions pas de rappeler quelques cas, bien constatés pour nous, dans lesquels nous avons vu divers états morbides s'améliorer et guérir à la suite de l'administration du trop fameux purgatif *Le Roy*, qui, débité par l'ignorance, a fait tant de victimes. Plus la direction des idées actuelles éloigne les médecins de ce genre de médication, plus il est important de s'enquérir de ses effets, et de s'assurer si là, comme dans la plupart des choses humaines, un peu de bien ne se trouverait pas mêlé à beaucoup de mal. A cet égard, je ne

puis m'empêcher de citer ici ce que j'ai vu avec mon père chez madame L..., femme d'un notaire de Neuilly, près Paris. Cette jeune dame, à la suite d'un premier accouchement, avait conservé dans la région hypogastrique une extrême sensibilité. Les douleurs ressenties dans cette région devenaient de temps en temps très-vives; de la fièvre s'allumait par intervalles. D'ailleurs, aucune tumeur n'était appréciable dans le bas-ventre. Le col utérin, exploré, ne présenta aucune lésion appréciable; il n'y avait pas d'écoulement par le vagin. La malade resta pendant huit mois dans cet état, couchée dans son lit, ou étendue sur un canapé; car la station et la marche exaspéraient singulièrement les douleurs hypogastriques. Les fonctions digestives ne paraissaient point altérées. La malade avait maigri; mais elle était loin d'être encore dans le marasme. MM. Fouquier, Marjolin, Moreau, appelés plusieurs fois en consultation, furent portés à regarder cette affection comme une névralgie utérine. Des applications de sangsues furent faites fréquemment à l'anus, à la vulve, sur l'hypogastre (la malade était fortement constituée, d'un tempérament éminemment sanguin). On prescrivit des demi-bains simples et émollients, des fomentations émollientes et narcotiques sur l'abdomen, des boissons délayantes, quelques préparations opiacées. Cependant la malade ne guérissait pas; elle restait dans un état stationnaire bien désespérant pour elle et pour ceux qui la soignaient. Après huit mois de souffrances, des amis l'engagèrent à se confier aux soins d'un individu dont le nom m'est inconnu, et qui, abandonnant le traitement antiphlogistique employé jusqu'alors, parce qu'il avait paru le seul rationnel, administra des purgatifs énergiques, fréquemment répétés. Peu de temps après que cette nouvelle médication eût été mise en usage, une amélioration notable eut lieu, et, au bout de six semaines environ, madame L... avait recouvré une parfaite santé, qu'elle conserve encore.

De quoi s'agit-il dans l'état actuel de la science? de bien constater l'exactitude de pareils faits, et, s'ils sont effectivement trouvés exacts, de déterminer expérimentalement les circonstances favorables à l'emploi d'une semblable médication. Ensuite, permis à chacun d'en expliquer les succès suivant telle ou telle théorie.

Ve OBSERVATION.

Gastrite chronique. Hépatite intercurrente; tumeur indolente dans l'hypochondre droit, ictère. Guérison de l'affection du foie.

Un commis marchand, âgé de 63 ans, ayant depuis plusieurs années des digestions

pénibles, l'épigastre habituellement douloureux, vomissant souvent des eaux âcres, etc., éprouva, un mois avant d'entrer à la Charité, une forte contrariété. Pendant les quinze jours suivants, douleur plus vive à l'épigastre, nausées fréquentes, anorexie complète, et au bout de ces quinze jours, apparition d'un ictère. Après que celui-ci a persisté pendant une autre quinzaine, le malade entre à la Charité.

Toute la peau était alors colorée en jaune, ainsi que les conjonctives. En palpant l'abdomen, on sentait le bord tranchant du foie à deux bons travers de doigt au-dessous du rebord cartilagineux des côtes. La pression ne déterminait en ce point aucune douleur. La langue était naturelle, l'épigastre médiocrement sensible ; de fréquentes éructations avaient lieu ; le malade vomissait de temps en temps, en assez grande quantité, un liquide jaune et amer, ayant tous les caractères physiques de la bile : il n'y avait donc pas oblitération des canaux cholédoque ou hépatique. Mais, chose remarquable, en même temps que de la bile était rejetée en abondance par le vomissement, les selles étaient entièrement décolorées, semblables à de l'argile. Elles étaient d'ailleurs rares. Il y avait absence complète de fièvre (*tisane de chiendent; douze grains de calomélas*). Ce dernier médicament ne procura aucune évacuation alvine. Pendant les cinq jours suivants, même état. Vive démangeaison à la peau ; urine d'un rouge orangé très-foncé (*petit-lait nitré*, *lavements émollients*).

On prescrivit alors deux onces d'huile de ricin à prendre dans plusieurs tasses de bouillon aux herbes. Cinq à six selles eurent lieu. Les deux jours suivants, *lavements avec une once de sulfate de soude et une demi-once de follicules de séné. Petit-lait avec un gros d'acétate de potasse.* Trois ou quatre jours plus tard, on revint encore à l'huile de ricin. Sous l'influence de cette médication, voici quelle série de phénomènes on vit survenir : les vomissements bilieux cessèrent à mesure que des évacuations alvines de même nature s'établirent. La tumeur de l'hypochondre droit diminua, puis disparut. Les urines prirent un aspect plus naturel, la teinte jaune de la peau devint moins prononcée ; le pouls resta constamment sans fréquence. Lorsque les choses en furent à ce point, M. Lerminier prescrivit quelques verres d'eau de Vichy et des pilules composées de savon médicinal et de calomélas (*deux grains de chaque substance*). Quelques frictions furent faites sur l'hypochondre droit, avec une pommade composée d'une once de cérat et d'un gros de mercure doux.

Au bout de trois semaines de séjour à la Charité, il n'y avait plus de trace d'ictère ; l'hypochondre droit avait repris toute sa souplesse, les vomissements avaient depuis longtemps cessé, et les fonctions digestives étaient en assez bon état pour que le malade pût manger sans inconvénient la demi-portion. Il quitta l'hôpital.

Cette observation est remarquable sous le rapport de la succession, de l'ordre d'enchaînement des phénomènes morbides, et sous celui de la thérapeutique qui fut employée.

Le malade avait depuis longtemps tous les signes d'une gastrite chronique, lorsqu'à la suite d'une émotion morale vive, cette gastrite s'exaspéra, et plus tard les symptômes d'une affection du foie se manifestèrent. Il est possible qu'il y ait eu dans ce cas inflammation des canaux biliaires ; mais toujours est-il que les matières rendues par le vomissement démontraient que ces canaux n'étaient point oblitérés et que la bile arrivait

dans le duodénum. Mais ce qu'il y avait de remarquable, c'est que, tandis que beaucoup de bile était vomie, il n'y en avait point dans les matières fécales; de telle sorte qu'on eût dit qu'à mesure qu'elle arrivait dans le duodénum, un mouvement antipéristaltique de cet intestin la poussait vers l'estomac. Tout ce que nous savons de l'affection du foie, c'est qu'il y avait ictère et tuméfaction notable de cet organe. Cependant, au bout d'un certain temps, et à mesure que les évacuations alvines commencèrent à être teintes par la bile, tout indice d'affection du foie disparut; et, lorsque le malade quitta l'hôpital, les anciens symptômes de gastrite chronique étaient eux-mêmes très-mitigés.

Que si nous cherchons maintenant sous l'influence de quelle médication semblèrent s'effectuer la guérison de la maladie du foie et l'amélioration de celle de l'estomac, nous trouverons que tout cela eut lieu pendant qu'on administrait des purgatifs. Mais nous n'oublierons pas que, tandis que dans ce cas particulier ces purgatifs ont eu une heureuse influence sur la double maladie de l'estomac et du foie, en déterminant peut-être une fluxion révulsive sur une partie plus inférieure du tube digestif; dans d'autres circonstances, au contraire, l'administration de ces mêmes purgatifs a une action toute contraire; elle irrite le foie et produit un ictère. Il s'agirait maintenant de pouvoir déterminer avec précision les cas où a lieu l'un ou l'autre de ces effets. Nous avons vu d'ailleurs plus d'une fois des vomissements bilieux opiniâtres avec constipation, qui étaient accompagnés de fièvres, résister à des applications de sangsues sur l'épigastre, et disparaître en même temps que s'établissaient d'abondantes évacuations alvines sollicitées par un purgatif. La fièvre cessait aussi, et la santé se rétablissait promptement. Nous pourrions citer, entre autres, le cas assez remarquable de M. D..., professeur dans un des colléges royaux de Paris. Vers le commencement de l'été il perdit l'appétit; puis il fut pris de vomissements de bile très-souvent répétés qui duraient depuis trois jours, lorsque nous le vîmes. Des sangsues appliquées sur l'épigastre n'avaient semblé produire ni bien ni mal; un grain d'émétique administré n'avait pas eu plus de succès. La teinte de la face était jaunâtre; la langue, couverte d'un enduit blanchâtre épais, était large et sans rougeur. L'épigastre était un peu sensible à la pression; les selles étaient rares. Continuellement le malade, suivant son expression, *avait le cœur sur les lèvres*, et, à des distances assez rapprochées les unes des autres, il vomissait en grande quantité un liquide jaune et amer; le pouls était fréquent et fort, la peau chaude.

Que fallait-il faire en semblable circonstance? le traitement antiphlogistique, suivi jusqu'alors, avait été sans efficacité ; le vomissement artificiellement provoqué n'avait pas eu plus de succès pour faire cesser les vomissements naturels. D'un autre côté, la langue n'annonçait aucun état réel d'irritation des voies digestives. Il nous sembla que la bile, sécrétée en grande quantité, et portée dans l'estomac au lieu de couler vers les intestins, était la principale cause des accidents ; sa présence irritait l'estomac, qui l'expulsait; de là aussi la réaction fébrile. Nous pensâmes que la principale indication à remplir était de changer ce cours insolite de la bile, et peut-être aussi d'en rendre la sécrétion moins considérable, en activant celle de la membrane muqueuse intestinale. Un purgatif fut administré ; et soit qu'il ait, ou non, agi suivant les indications que nous cherchions à remplir, toujours est-il que, lorsque les évacuations alvines commencèrent à avoir lieu, les vomissements cessèrent et, ne reparurent plus. Le lendemain nous trouvâmes le malade se félicitant de son état. La nuit il avait bien dormi ; il ne sentait plus ni nausées, ni pesanteur à l'épigastre ; *le mouvement fébrile n'existait plus.* Les jours suivants, à l'aide de précautions hygiéniques convenables, il fut parfaitement rétabli.

Qu'on ne nous reproche pas d'insister sur de pareils faits : plus ils sont en opposition avec les idées médicales les plus répandues aujourd'hui, plus nous croyons utile d'appeler sur eux l'attention des praticiens; car nous les croyons exacts et bons à connaître. En les niant, on ne fera pas qu'ils n'existent point : expérimentez, et puis vous jugerez; mais ne commencez pas par appeler un paradoxe une erreur ; car dès-lors il n'y a plus de progrès possibles dans la science. Pour nous, nous sommes convaincu qu'il y a à faire sur l'action des purgatifs un travail important qui contribuerait peut-être à éclairer l'étiologie et la thérapeutique d'un certain nombre d'états morbides (1).

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES.

Les observations qu'on vient de lire nous semblent présenter de l'intérêt sous plus d'un rapport.

---

(1) Nous ne voulons pas qu'on nous croie sur parole ; mais nous avons aussi le droit d'exiger qu'on ne nie pas nos résultats, avant de les avoir expérimentalement vérifiés.

1° Sous le rapport de l'étiologie, elles démontrent que les maladies du foie peuvent être consécutives à une phlegmasie gastro-intestinale, mais que d'autres fois aussi elles sont primitives. Il n'y a pas besoin à cet égard de citer de nombreuses observations ; il suffit d'un seul fait bien recueilli.

2° Elles offrent des exemples de diverses nuances d'hépatites aiguës ou chroniques, de congestions sanguines établies sur le foie, et qui peuvent n'être que passagères, ou persister très-longtemps, sans qu'il en résulte dans cet organe aucune altération grave de nutrition, ou sans que des sécrétions morbides y prennent naissance.

3° De semblables affections du foie peuvent se terminer par la mort, soit dans leur état aigu, en réagissant sympathiquement sur les centres nerveux, soit dans leur état chronique, par le dépérissement progressif qu'elles occasionnent ; mais dans le plus grand nombre des cas, ce dépérissement dépend autant d'une affection concomitante du tube digestif que de la maladie du foie.

4° Elles peuvent aussi se terminer heureusement par le retour à la santé, soit dans leur état aigu, soit dans leur état chronique, après qu'elles ont produit le dépérissement des malades, et qu'elles ont donné lieu à la plupart des symptômes qui marquent ordinairement les plus graves dégénérations du foie.

5° Dans leur état aigu, elles peuvent manifester leur existence soit seulement par un mouvement fébrile avec réaction sympathique plus ou moins prononcée sur différents organes, sans qu'il y ait d'ailleurs ni tumeur à l'hypochondre, ni ictère, ni douleur ; soit par ces derniers symptômes, qui peuvent exister isolés ou réunis.

Dans leur état chronique, ces congestions sanguines ou hépatites peuvent simuler par leurs symptômes, comme il vient d'être dit (coroll. 4), les diverses altérations de texture dont il va être question dans les paragraphes suivants.

6° Elles peuvent être continues ou ne se montrer que d'une manière intermittente.

7° L'ictère, qui les accompagne souvent, n'est pas toujours lié à une obstruction des canaux biliaires.

8° Nous avons vu réussir dans ces maladies deux sortes de traitements ; *a*, le traitement antiphlogistique ; *b*, le traitement par les purgatifs.

9° Cette dernière espèce de traitement a donné lieu à des résultats

assez remarquables pour que les praticiens cherchent aussi à les obtenir, en se livrant aux mêmes recherches que nous.

10° Il y a d'autres cas où le traitement par les purgatifs a été manifestement nuisible.

11° Il reste à déterminer, plus rigoureusement que nous ne l'avons fait nous-mêmes, quels sont les cas où l'un ou l'autre de ces traitements peut être employé avec le plus d'avantage. Les cas où la méthode évacuante s'est montrée efficace peuvent-ils s'expliquer tous par la théorie de la révulsion ? Nous en doutons.

ARTICLE II.

OBSERVATIONS RELATIVES AUX ALTÉRATIONS DE NUTRITION DU PARENCHYME DU FOIE.

Dans les observations précédentes, nous n'avons vu d'autre altération dans le foie qu'une accumulation de sang inaccoutumée au sein de son parenchyme. L'observation nous a montré que cette congestion sanguine active, ce premier degré d'inflammation, peut persister indéfiniment dans le foie, sans que celui-ci s'altère plus profondément. Mais d'autres fois, soit consécutivement à cette même congestion sanguine, soit en même temps qu'elle apparaît, soit sans qu'on puisse démontrer autrement que par voie d'analogie qu'elle ait jamais existé, la nutrition du foie s'éloigne de son état normal; d'où résultent, 1° diverses modifications dans sa forme, son volume, sa couleur, sa consistance; 2° des changements plus ou moins appréciables dans sa circulation, et par suite divers symptômes locaux ou généraux en rapport avec les différentes espèces d'altérations que l'organe a subies.

§ Ier. OBSERVATIONS SUR L'HYPERTROPHIE DU FOIE.

VIe OBSERVATION.

Hypertrophie générale du foie, Gastro duodénite chronique. Pas d'ictère.

Un compositeur d'imprimerie, âgé de 43 ans, entra à la charité dans l'état suivant : Grande maigreur; face pâle; taches cuivreuses sur la peau du thorax, du dos et des membres. Bord tranchant du foie se faisant sentir d'une manière très-distincte un peu au-dessous du niveau de l'ombilic, pouvant être suivi à gauche dans l'étendue de deux ou trois travers de doigt au-delà de ce point. Dans tout l'espace circonscrit par deux lignes droites supposées étendues, l'une depuis le milieu du bord cartilagineux des

fausses côtes gauches jusqu'un peu au-dessus de l'ombilic, et l'autre depuis ce dernier point jusque dans le flanc droit, on sent un corps dur, à surface lisse, qui se termine inférieurement au bord tranchant que nous avons indiqué, dont les limites à gauche ne peuvent pas être rigoureusement indiquées, et qui en haut paraît se continuer derrière les côtes. Nous ne doutâmes pas que ce corps ne fût le foie développé. La tumeur qu'il formait était complètement indolente. Mais lorsque le malade mangeait, ou qu'il buvait du vin pur, il éprouvait à l'épigastre une sensation douloureuse, qui tantôt n'était que passagère, et tantôt se prolongeait pendant plusieurs heures. La langue avait son aspect naturel, ou, si elle s'en éloignait, c'était seulement par une plus grande pâleur. Il y avait anorexie habituelle, sans augmentation de soif, sans nausées, ni vomissements. Les selles étaient rares, formées de matières dures et brunes; l'urine peu abondante, rouge et sédimenteuse. Le pouls était habituellement fréquent, sans que la peau fût chaude. Le malade nous dit que, six ans avant son entrée à l'hôpital, il avait pris beaucoup de liqueur de Van-Swieten et une grande quantité de décoction de salsepareille; que ces remèdes ne le débarrassant pas de bubons volumineux et indolents qui lui étaient survenus à l'aîne à la suite de chancres au pénis, il avait pris, par le conseil d'un individu qui avait jugé de la nature de son affection par les qualités de ses urines, il avait pris, dis-je, une certaine quantité d'acide sulfurique uni à de la crème de tartre. Mais, au bout de plusieurs jours de l'emploi de ce nouveau remède, il fut pris tout-à-coup d'une douleur vive, déchirante à l'épigastre, dont l'apparition fut accompagnée d'une perte momentanée de connaissance, et de mouvements convulsifs comme épileptiformes. Pendant les quinze jours suivants, le malade garda le lit, la douleur épigastrique prit peu à peu son intensité première; mais à dater de cette époque, les digestions sont restées pénibles, douloureuses, l'appétit s'est perdu; les forces et l'embonpoint ont graduellement diminué. Le malade ne s'était pas aperçu de l'existence de la tumeur formée par le foie, ce qui n'est pas étonnant puisqu'elle ne faisait pas saillie à travers les parois abdominales, et qu'elle n'était pas douloureuse.

Cet individu vécut à peu près six semaines à la Charité. Pendant ce temps nous le vîmes maigrir et s'affaiblir de plus en plus. Jamais il n'y eut de fièvre à proprement parler. Pendant les dix derniers jours de son existence, il vomit à quatre reprises différentes, et en grande quantité chaque fois, une matière noire semblable à du marc de café; dès-lors altération de plus en plus profonde des traits de la face; refroidissement des extrémités, assoupissement et mort.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les parois abdominales ayant été enlevées, le premier objet qui nous frappa fut le volume énorme que le foie avait acquis. Il couvrait une grande partie des intestins, s'étendait en bas jusqu'un peu au-dessus du niveau de la crête iliaque, et dépassait de beaucoup la ligne blanche; il se présentait, sous le rapport de son volume, relativement à celui des autres organes, tel qu'on l'observe chez le fœtus. Sa surface extérieure offrait les deux substances naturelles du foie d'une manière tranchée. A l'intérieur, on les retrouvait également. Il n'y avait d'ailleurs rien d'anormal dans la texture de l'organe. Il n'était ni plus dur ni plus mou que de coutume; par l'incision on ne voyait s'en écouler qu'une médiocre quantité de sang. La vésicule du fiel ne contenait pas plus de bile que de coutume; cette bile était d'un jaune clair. Rien d'insolite ne fut remarqué dans les canaux hépatique, cystique et cholédoque.

L'estomac, petit et contracté, était entièrement caché par le foie. Ses parois étaient dures au toucher. Sa surface interne était d'un gris ardoisé dans toute son étendue et

comme mamelonnée (1). Ce dernier aspect dépendait de l'hypertrophie considérable qu'avait subie la membrane muqueuse. Cette hypertrophie était inégale en intensité dans les divers points de l'estomac : là où elle était très-prononcée, son existence était annoncée par des espèces d'élevures ou de mamelons, et entre eux existaient des enfoncements où la membrane muqueuse était plutôt amincie. Le tissu cellulaire sous-muqueux participait un peu, vers le pylore surtout, à l'épaississement de la membrane qui le recouvrait. Le duodénum présentait à sa surface interne la même teinte grise ardoisée que celle que nous avions déjà trouvée dans l'estomac. Le reste du tube digestif ne nous offrit rien de notable. La rate était peu volumineuse, de consistance médiocre, telle en un mot qu'elle se présente lorsqu'on la regarde comme étant dans son état normal. Les capsules surrénales nous parurent remarquables par leur grand développement. L'appareil urinaire était sain. Une très-grande quantité de matière colorante noire était déposée dans le tissu cellulaire, soit interlobulaire, soit intervésiculaire des poumons ; il y en avait aussi beaucoup dans les ganglions bronchiques.

Nous examinâmes avec attention les taches cuivreuses dont plusieurs parties de la peau étaient couvertes. Elles existaient uniquement entre l'épiderme, qui n'était en aucune façon coloré, et le derme proprement dit, qui ne l'était pas non plus. Ainsi elles avaient leur siége dans cette même partie de la peau, dans ce corps muqueux de Malpighi, où chez le nègre se sécrète la matière colorante noire.

Cette observation nous montre un exemple de maladie du foie qui consiste uniquement dans une nutrition plus active de cet organe, pareille à celle dont le cœur devient fréquemment le siége. Il y avait augmentation du nombre de ses molécules, sans que d'ailleurs leur densité, leur texture, leur composition anatomique ou chimique fussent modifiées. Peut-on affirmer que la production d'un pareil état a été précédée d'inflammation, ou tout simplement même, si l'on veut, d'un afflux sanguin, plus abondant, plus actif que celui dont le foie est ordinairement le siége ? Ne pourrait-on pas supposer aussi bien que la même quantité de sang que de coutume arrivant au foie, il s'en séparait, en vertu d'une élaboration plus active, une plus grande quantité de matériaux nutritifs ?

Des divers symptômes présentés par le malade, aucun n'a semblé appartenir à l'affection du foie. Il n'y a eu ni ictère ni production d'hydropisie ; il n'y avait pas en effet de raison pour que celle-ci eût lieu, car le foie n'était pas, à proprement parler, engorgé, ses vaisseaux n'étaient point obstrués. Les accidents graves, le dépérissement et la mort,

---

(1) Cette expression appartient à M. Louis, qui a décrit le premier cet état particulier de la membrane muqueuse gastrique, et qui le regarde avec nous comme le produit d'une phlegmasie chronique.

paraissent surtout avoir été dus à la gastro-duodénite. La cause sous l'influence de laquelle se développa celle-ci est évidente. S'étant montrée d'abord sous une forme aiguë à la suite de l'introduction d'une certaine quantité d'acide sulfurique dans l'estomac, elle persista sous forme chronique pendant six années, au bout desquelles l'anéantissement de plus en plus complet des fonctions digestives produisit le marasme et la mort. Il est vraisemblable que l'hypertrophie du foie fut consécutive à la phlegmasie gastro-duodénale, et cette circonstance pourrait porter à croire que cette hypertrophie était le résultat d'un travail d'inflammation.

On aurait pu penser *à priori* que dans le cas où la nutrition du foie avait pris un accroissement si extraordinaire, la sécrétion de la bile aurait dû devenir aussi plus abondante en proportion. Cependant il n'en fut rien : pendant la vie peu de bile était évacuée, et après la mort la vésicule du fiel n'en contenait qu'une petite quantité ; celle même qui y était renfermée, semblait être composée de plus d'eau et d'albumine que de coutume, comme si en même temps que la nutrition du foie prenait plus d'activité, sa force de sécrétion avait diminué. L'observation suivante servira peut-être encore à confirmer cette conjecture : elle fournira en effet un exemple d'ictère sans autre altération du foie qu'une simple hypertrophie.

VIIe OBSERVATION.

Hypertrophie générale du foie, avec ictère. Diarrhée quelque temps avant la mort, sans altération appréciable de l'intestin. Amincissement des parois de l'estomac.

Un garçon jardinier, âgé de 33 ans, présentait une teinte jaune-verdâtre de toute la surface cutanée, lorsqu'il entra à la Charité. Il nous dit qu'il avait la jaunisse depuis trois ans environ ; qu'elle était survenue sans qu'il pût lui assigner aucune cause à lui connue ; qu'avant l'apparition de cette jaunisse il avait toujours joui d'une bonne santé, et que pendant la première année il ne s'était pas non plus senti malade : mais peu à peu, dans les deux années suivantes, ses forces avaient diminué, un état de maigreur considérable avait remplacé son embonpoint habituel ; il avait perdu l'appétit, et sans éprouver jamais de véritable douleur à l'épigastre, il ressentait, après avoir mangé, de la pesanteur et une sorte de plénitude dans cette région ; il avait de temps en temps de la diarrhée.

Lorsque ce malade fut soumis à notre observation, nous reconnûmes dans l'abdomen une tumeur exactement semblable à celle que nous avons décrite dans la sixième observation. Elle avait la même forme, la même étendue ; comme elle, elle n'était point douloureuse ; la langue était naturelle, la bouche sans amertume, les selles rares, de consistance médiocre et *blanches*. Toute la nourriture du malade consistait dans des bouillons auxquels on ajoutait quelques fécules. Le pouls était habituellement sans fré

quence. La peau était le siége d'une démangeaison très-incommode. — Nous vîmes cet individu tomber dans un marasme de plus en plus grand ; vers les derniers temps de sa vie, une diarrhée séreuse et abondante s'établit et hâta sa mort. On n'avait soumis le malade qu'à un traitement purement adoucissant.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le foie, d'un volume énorme, touchait en bas la crête iliaque droite, et s'étendait à gauche jusque dans le flanc. D'ailleurs, sa texture ne semblait en aucune manière altérée, et par l'incision ou par la pression on n'en faisait écouler qu'une médiocre quantité de sang. La vésicule ne contenait qu'un liquide séreux, très-légèrement teint en jaune. Les canaux biliaires étaient vides, et leur membrane muqueuse de couleur grisâtre, sans qu'elle parût être d'ailleurs altérée dans sa texture.

La texture interne de l'estomac était pâle, même dans toute sa portion splénique ; ses parois étaient tellement amincies qu'elles étaient transparentes ; vainement y cherchait-on quelques traces de la tunique musculaire ; la membrane muqueuse elle-même n'y était plus réellement apparente ; tout ce qu'on y voyait, c'était une trame celluleuse, lisse et polie en dehors pour former le péritoine. Nous ne trouvâmes aucune autre altération appréciable dans le tube digestif ; la surface interne du gros intestin en particulier est blanche, et la muqueuse avait l'épaisseur et la consistance de son état physiologique.

La rate était peu volumineuse, de consistance médiocre, saine en apparence.

Ce cas se rapproche de celui qui fait le sujet de la sixième observation, et par la nature de l'altération du foie, et par l'absence soit de la douleur, soit de l'hydropisie. Mais, chez le sujet de la sixième observation, il n'y avait point d'ictère ; seulement, les éléments de la bile contenue dans la vésicule semblaient être moins abondants que de coutume. Ici, il y avait un ictère très-prononcé, et rien ne démontrait que, dans ce foie hypertrophié, la bile fût encore sécrétée, ou du moins ne l'était-elle qu'en très-petite quantité. En effet, la vésicule ne contenait, au lieu de bile, qu'un peu de sérosité très-légèrement jaunâtre, les canaux biliaires étaient décolorés, comme si la bile ne les traversait plus depuis longtemps, et pendant la vie les évacuations alvines n'en paraissaient point contenir. Il semblait donc qu'à mesure que la nutrition du foie prenait un degré insolite d'activité, sa force de sécrétion avait diminué de plus en plus, et s'était enfin complètement anéantie. Les matériaux de la bile ne trouvant plus un passage à travers leur émonctoire naturel, et n'étant qu'imparfaitement éliminés par les reins, restaient donc en partie dans le sang, et la matière colorante de la bile avait imprégné beaucoup de tissus, ou s'y était déposée ; de là, production d'ictère.

Mais quelle fut la cause du dépérissement progressif du malade ? Faut-il admettre que la présence insolite et longtemps prolongée des maté-

riaux de la bile dans le sang produisit une influence funeste dans la nutrition et les propriétés vitales des diverses parties auxquelles celui-ci se distribuait? Est-ce le travail actif de la nutrition dont le foie était le siége, qui, concentrant sur cet organe une trop grande somme de forces, s'opposait à ce que les autres parties pussent réparer convenablement leurs pertes? Sans doute, l'une ou l'autre de ces causes peut contribuer au dépérissement du malade; mais ce qu'il ne faut pas oublier comme cause de dépérissement, c'est l'état de l'estomac. Atrophié comme il était dans une grande partie de son étendue, pouvait-il encore opérer convenablement la chymification? aussi pendant la vie y avait-il anorexie et pesanteur épigastrique après l'ingestion des aliments. Mais cette atrophie, cet amincissement des parois gastriques étaient-ils le résultat d'une inflammation, d'une irritation antécédente? rien ne le prouve.

Nous ne manquerons pas non plus de faire remarquer la diarrhée qui exista dans les derniers temps de la vie, et pour l'explication de laquelle nous ne trouvons dans l'intestin aucune altération appréciable. Ceux qui veulent que, partout où il y a augmentation d'une sécrétion habituelle, il y ait eu augmentation antécédente de l'afflux sanguin, travail d'irritation, l'admettront aussi dans ce cas, bien que l'anatomie pathologique n'en révèle aucune trace. Il faudrait alors commencer par démontrer qu'effectivement, toutes les fois qu'un liquide se sépare du sang en quantité plus considérable que de coutume, il y a eu, dans la partie où cette séparation a lieu, exaltation vitale, irritation, inflammation. Mais en définitive ce n'est là, dans beaucoup de cas, qu'une hypothèse à laquelle bien d'autres pourraient être également substituées. De plus, il y a des faits qui combattent directement cette hypothèse : y a-t-il irritation dans la peau froide et décolorée d'un individu qui va mourir ou qui tombe en défaillance? Souvent cependant cette peau glacée, privée de sang, se couvre d'une sueur abondante.

Dans ce cas, et dans le précédent, nous ne voyons pas que la rate ait participé en rien à l'affection du foie. Elle n'était pas plus grosse, elle n'était pas non plus plus petite que de coutume.

§ II. OBSERVATIONS SUR LE RAMOLLISSEMENT DU FOIE.

VIIIe OBSERVATION.

Ramollissement rouge du foie. Fièvre continue avec douleur dans l'hypochondre droit. Très-légère teinte ictérique, mais urine jaune. Complication de péritonite aiguë.

Un couvreur, âgé de 39 ans, jouissait d'une bonne santé, lorsque le 17 octobre il ressentit une douleur assez vive dans toute l'étendue de la partie latérale inférieure droite du thorax sous les fausses côtes. La nuit précédente il n'avait pas dormi et avait ressenti du frisson. Les trois jours suivants, persistance de cette douleur, fièvre. — Le 20 octobre, nous trouvâmes le malade dans l'état suivant.

Les pommettes étaient fortement colorées en rouge, le reste de la face était pâle ; les conjonctives avaient leur couleur naturelle. Le malade ressentait à la partie latérale inférieure droite du thorax, depuis la septième côte environ jusqu'à la onzième, une douleur continue, forte, qui n'augmentait ni par la pression, ni par la percussion ; elle devenait plus vive par le décubitus sur le côté gauche. L'hypocondre droit avait conservé sa souplesse, et pouvait être pressé sans douleur ; la respiration était libre ; il n'y avait pas de toux ; le bruit respiratoire s'entendait partout avec netteté et sans trop d'intensité ; la langue était blanchâtre, la soif peu vive, l'épigastre indolent, ainsi que le reste du ventre. Il n'y avait pas eu de selle depuis le début de la maladie ; le pouls était fort, fréquent, la peau chaude et couverte d'une sueur abondante, celle-ci tachait le linge en jaune ; les urines assez abondantes, présentaient une couleur jaune de bile très-prononcée.

Quelle était la nature de cette affection ? était-ce une pleurésie ? mais il y aurait eu de la toux, et surtout la douleur n'aurait-elle pas augmenté par les mouvements inspiratoires ? une circonstance nous frappa, c'était la couleur jaune des urines, ainsi que le dépôt de même couleur que les sueurs laissaient sur le linge. Cela n'indiquait-il pas un trouble dans la sécrétion biliaire ? et dès-lors ne pouvions-nous pas présumer que la douleur ci-dessus décrite appartenait au foie, ou du moins à son enveloppe fibro-séreuse ? De là le mouvement fébrile, dont aucune lésion apparente du canal digestif ne rendait compte. — M. Lerminier prescrivit une saignée de seize onces, vingt sangsues à l'anus, la tisane de lin gommée, et les lavements émollients.

Les trois jours suivants, les divers symptômes qui viennent d'être indiqués persistèrent, et de plus les conjonctives prirent une légère teinte jaune, ainsi que la peau de la face et du devant du thorax. Une seule selle avait eu lieu à la suite de chaque lavement; elle ne présentait rien d'insolite dans son aspect. Le malade toussait un peu, et expectorait des crachats de simple catarrhe (*tisanes émollientes*, *diète*).

La maladie était parvenue à son huitième jour ; rien n'annonçait encore qu'elle marchât vers la résolution ; mais elle ne présentait non plus encore rien de décidément grave, lorsque tout à coup la douleur de la partie latérale inférieure droite du thorax s'exaspéra, et s'étendit à l'hypochondre droit. — Le dixième jour, celui-ci était très-sensible à la moindre pression : *douze sangsues y furent appliquées*. — Dans la journée, la douleur s'étendit à la totalité de l'abdomen. Partout on l'augmentait par la pression. En même temps, la peau, qui jusqu'alors était restée constamment moite, devint sèche ; le pouls devint petit, serré, et beaucoup plus fréquent ; les traits de la face s'altérèrent d'une manière remarquable (*trente sangsues sur l'abdomen*). — Du onzième au treizième jour, persistance des douleurs abdominales dont la cause résidait évidemment

dans une inflammation du péritoine ; tension de l'abdomen ; quelques vomissements ; constipation ; pouls misérable ; refroidissement graduel de la surface cutanée. — Mort le quatorzième jour de la maladie primitive et le septième de la péritonite.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Épanchement d'un liquide purulent peu abondant dans le péritoine ; il est surtout amassé dans les deux flancs. Les circonvolutions intestinales sont unies faiblement par des pseudo-membranes molles, de formation récente. — Tout le foie est comme enveloppé par une couche purulente épaisse, étendue en membranes. En tirant assez légèrement cet organe hors de sa place, nous fûmes étonnés d'en opérer la déchirure. Son tissu était effectivement d'une remarquable friabilité. On l'écrasait et on le réduisait en une pulpe rougeâtre par une pression très-légèrement exercée. Ainsi ramolli, le tissu du foie ressemblait au tissu de certaines rates, molles elles-mêmes. Il était d'une couleur rouge uniforme, et ne présentait aucune autre altération de texture. Son volume n'était pas sensiblement augmenté. On ne trouva rien de morbide dans les voies d'excrétion de la bile. La surface interne du canal intestinal était partout blanche et sans lésion appréciable.

Nous trouvons ici une altération plus profonde que dans les observations précédentes. Il n'y a plus seulement accumulation sanguine insolite, nutrition plus active de l'organe; sa consistance est modifiée, et dans toute son étendue une pression légère le réduit en une sorte de pulpe rougeâtre. Que si nous recherchons quand a commencé ce remarquable ramollissement du foie, nous regarderons comme très-vraisemblable que c'était une affection aiguë, et qui fut le résultat d'une véritable hépatite dont les premiers symptômes apparurent le 17 octobre. On peut voir d'ailleurs combien ces symptômes étaient tranchés. L'hypochondre était indolent et non tuméfié; il y avait seulement de la douleur au niveau des dernières côtes droites. Mais de combien d'affections diverses cette douleur ne pouvait-elle pas être le signe! On a vu dans le cours de l'observation comment l'état des urines et des sueurs contribua à éclairer sur la véritable nature de la maladie, et comment, plus tard, la légère teinte ictérique de la peau et des conjonctives vint encore confirmer le diagnostic.

Rien ne démontre que, dans ce cas, le point de départ de l'hépatite ait été une inflammation gastro-intestinale. Mais on pourrait se demander si la douleur dépendait d'une phlegmasie du parenchyme même du foie, ou bien si elle n'était pas plutôt le résultat d'une inflammation développée dans la portion du péritoine qui entoure le foie. Ce qui autorise à poser

cette question, c'est que dans les deux observations qui suivent, où il y avait un pareil ramollissement du foie, qui s'était développé d'une manière aiguë, mais où il n'y avait pas péritonite, aucune douleur ne fut jamais ressentie. Ce malade succomba, d'ailleurs, à une inflammation aiguë du péritoine, qui parut d'abord n'exister que vers la région du foie, et qui ensuite devint générale.

IXe OBSERVATION.

Ramollissement rouge du foie avec gastro-entérite, survenu pendant le cours d'une rougeole.

Un maçon, âgé de 30 ans, assez faiblement constitué, entra à la Charité avec une fièvre continue accompagnée de toux, de coryza, de rougeur des conjonctives. Ces derniers symptômes existaient depuis une huitaine de jours, et la fièvre depuis deux ; c'était au moins depuis deux jours seulement qu'il avait ressenti de la courbature, un malaise général, et qu'il s'était alité. La face était rouge, la langue couverte d'un enduit blanchâtre, épais, pointillé de rouge ; la soif assez vive ; l'épigastre, ainsi que le reste de l'abdomen, souple et indolent ; les selles étaient rares et consistantes. Le pouls était développé, fréquent, la peau brûlante et sèche. (*Saignée de douze onces, tisanes émollientes, diète.*)

Le lendemain, la face était couverte d'une éruption rubéolique commençante, qui bientôt couvrit toute la surface cutanée. Nous croyons inutile d'en donner ici une description détaillée. Cette éruption était parvenue au troisième jour, elle avait marché sans accident, lorsque tout à coup et sans cause à nous connue, elle se flétrit, la peau se décolora subitement, et en même temps d'autres symptômes apparurent. La langue, dépouillée de l'enduit blanchâtre qui la recouvrait, devint rouge et sèche dans toute son étendue ; une douleur assez vive se fit sentir à l'épigastre ; elle augmentait par une pression fortement exercée. Une diarrhée assez abondante, avec présence de sang et de beaucoup de mucosités dans les évacuations alvines remplaça la constipation qui avait existé jusqu'alors. Le pouls était dur et avait pris une très-grande fréquence ; la peau, brûlante, était remarquable par son aridité. L'existence d'une gastro-entérite des plus intenses ne semblait pas douteuse. M. Lerminier fit appliquer *vingt-quatre sangsues à l'anus, des cataplasmes émollients sur l'abdomen ; il donna la tisane d'orge gommée à l'intérieur.* — Pendant les deux jours suivants, la langue se fendilla et devint de plus en plus sèche. La face pâlit, et ses traits exprimaient l'abattement. (*Vingt nouvelles sangsues à l'anus.*)

Le quatrième jour de la disparition prématurée de la rougeole, et de l'invasion, ou plutôt de l'exaspération de la gastro-entérite, les facultés intellectuelles commencèrent à se troubler un peu ; mais ce trouble n'était que passager. (*Vésicatoires aux jambes.*)

Les cinquième et sixième jours, langue rouge, fendillée, sèche ; lèvres saignantes. Toutes les fois qu'on présente des tisanes au malade, il les boit avec avidité. L'épigastre n'est plus douloureux à la pression ; les selles sanguinolentes persistent ; elles sont peu fréquentes, accompagnées de ténesme. (*Douze sangsues à l'anus*, le sixième jour.)

Septième, huitième et neuvième jours, stupeur de plus en plus prononcée, grande pâleur de la face ; amaigrissement rapide. Langue noire ; dents et lèvres couvertes de

croûtes brunes qui semblent être spécialement formées par du sang caillé amassé sous l'épiderme soulevé. Commencement de ballonnement de l'abdomen, qui jusqu'alors avait été plutôt retracté ; ce ballonnement existe surtout dans le trajet présumé du colon transverse. Même état des selles. Embarras dans la prononciation des mots ; réponses lentes aux questions ; mais le plus ordinairement justes. Pouls toujours très-fréquent, mais se laissant plus facilement déprimer. Peau chaude et d'une remarquable aridité. (*Deux nouveaux vésicatoires aux cuisses.*)

Dixième jour, tendance à l'assoupissement. Les yeux restent habituellement fermés. On n'obtient qu'avec peine quelques réponses, qui toutefois ont assez de justesse et de précision. D'ailleurs, même état. (*Frictions sur les membres avec liniment volatil cantharidé. On continue à ne donner intérieurement que de l'eau d'orge.*)

Onzième, douzième et treizième jours, l'intelligence devient de plus en plus obtuse, et enfin elle semble tout à fait anéantie. Vainement du moins interroge-t-on le malade, il ne répond plus. Plongé dans un état habituel d'assoupissement, il n'en sort de temps en temps que pour prononcer, en balbutiant, quelques mots dont on ne peut saisir le sens. Les évacuations alvines et urinoires sont involontaires. Le ballonnement du ventre devient de plus en plus considérable. La face prend un aspect cadavérique, l'état comateux devient permanent, très-profond, et la mort a lieu du quatorzième au quinzième jour. La veille de la mort seulement, M. Lerminier prescrivit une potion dans laquelle il avait fait entrer deux gros d'extrait mou de quinquina et une once de sirop d'écorces d'oranges amères pour quatre onces de véhicule. Le malade en prit à peine deux ou trois cuillerées.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Rien de remarquable dans l'encéphale et ses dépendances, non plus que dans les organes thorachiques, relativement à la maladie actuelle. Mais, vers le sommet du poumon gauche existait un tubercule crétacé, du volume d'une noisette, qu'entourait, dans l'étendue de plusieurs lignes, un tissu noir et dur. Il y avait de plus de la matière tuberculeuse, développée dans les ganglions bronchiques, qui étaient d'ailleurs rouges, engorgés, d'un volume remarquable.

Le colon, dans tout son trajet, était fortement distendu par des gaz. Il n'y avait aucune trace de péritonite, et, vu extérieurement, le tube digestif paraissait sain ; mais bientôt on ne le considéra plus comme tel : la surface interne de l'estomac était tapissée par une couche épaisse de mucosités, qui n'ayant pas été d'abord aperçues, firent croire que cette surface était blanche. Mais au-dessous de ces mucosités existait, dans la membrane veloutée, surtout dans le grand cul-de-sac, et tout le long des deux courbures jusqu'au pylore, une vive injection, qui se présentait sous forme d'un beau pointillé rouge ; c'étaient des petits vaisseaux groupés les uns à côté des autres, de manière à constituer, par leur assemblage, des taches et des points rouges. — La membrane était tuméfiée, mais molle, et un léger grattage la réduisait en pulpe. Les tissus subjacents participaient à ce ramollissement ; car, en exerçant une traction peu considérable sur les parois de l'estomac, on en opérait la déchirure. Les membranes lamineuses et la tunique musculaire étaient plus rouges que de coutume. — Un pointillé rouge, semblable à celui de l'estomac, existait aussi dans le duodénum, où il semblait se continuer avec celui qui occupait les deux bords du ventricule. Au commencement du jéjunum, on n'observait plus le même aspect : ce n'était plus qu'une injection de vaisseaux plus considérables, existant autant au-dessous de la muqueuse que dans son intérieur, et se présentant sous forme d'arborisation. Un pareille injection existait dans toute l'étendue de l'intestin grêle ; mais dans son cinquième inférieur environ, elle devenait plus vive ;

les plexus de Peyer faisaient une saillie considérable au-dessus du reste du niveau de la muqueuse, et plusieurs étaient transformés en larges ulcérations. — A la place de la valvule iléocœcale, on ne trouvait qu'un vaste ulcère qui s'étendait surtout du côté du cœcum. Dans le colon, on ne trouva qu'une injection assez générale de la membrane muqueuse, quelques petites ulcérations éparses, et un assez grand nombre de follicules rouges et tuméfiés, de manière à représenter des espèces de boutons ou de pustules.

Le foie, de volume ordinaire, et d'une couleur rouge intense, était tellement ramolli, qu'en appuyant assez légèrement le doigt sur son tissu, on le réduisait en une pulpe rougeâtre, et que, par une traction très-peu considérable on le déchirait. Les canaux biliaires, non plus que la vésicule, n'offrirent rien de remarquable. — La rate avait son volume et son aspect ordinaires.

Aucune espèce de symptômes ne pouvait ici révéler l'existence de l'affection du foie; il n'y avait ni douleur dans la région de cet organe, ni tuméfaction de l'hypochondre droit. La peau, les conjonctives n'offrirent rien d'ictérique, non plus que les urines. Tous les symptômes qui eurent lieu furent légitimement rapportés à une gastro-entérite : celle-ci était remarquable par sa grande étendue, et par son intensité dans chacun des points qu'elle occupait. L'inflammation du parenchyme hépatique coïncidait ici manifestement avec un état d'inflammation du duodénum.

Xe OBSERVATION.

Ramollissement rouge du foie avec inflammation gastro-intestinale, observé chez un phthisique.

Un jeune homme était déjà arrivé à un degré avancé de la phthisie pulmonaire; il nous semble inutile d'en retracer ici les symptômes. Depuis plusieurs mois il avait perdu l'appétit; sa langue était habituellement un peu rouge; il y avait une abondante diarrhée sans douleur abdominale. Il s'éteignit peu-à-peu.

L'ouverture du cadavre montra l'existence d'excavations tuberculeuses dans les poumons; la membrane muqueuse gastrique molle et rouge vers le grand cul-de-sac et le long de la petite courbure; un état sain du duodénum (couleur blanche, muqueuse de consistance ordinaire; follicules médiocrement développés; des ulcérations nombreuses à la fin de l'intestin grêle, avec dépôt de matière tuberculeuse autour et au fond de plusieurs d'entre elles. Mais de plus on trouva dans le foie une lésion que rien n'avait pu faire soupçonner pendant la vie : il était d'une couleur rouge uniforme, dépassant d'un bon travers de doigt le rebord cartilagineux des côtes, son tissu était, dans toute son étendue, singulièrement ramolli; ce n'était plus véritablement, en beaucoup de points, qu'une pulpe rougeâtre demi-liquide. Aucune lésion appréciable n'existait dans les voies d'excrétion de la bile.

Voilà encore un cas où ce ramollissement si remarquable du parenchyme du foie ne fut révélé pendant la vie par aucun symptôme qui pût même porter à en faire soupçonner l'existence. Si cette lésion eût existé seule, on n'eût observé autre chose que des symptômes généraux qui auraient nécessairement laissé beaucoup d'incertitude sur leur cause. Peut-être aussi n'est-il pas déraisonnable de penser que si aucune autre affection organique grave ne l'eût compliquée, et en particulier une affection du poumon, l'hépatite eût été annoncée par quelques symptômes plus tranchés.

Dans les cas cités avant celui-ci, tout semblait prouver que l'affection du foie, caractérisée par le ramollissement rouge de son tissu, avait marché d'une manière aiguë; ici nous ne pouvons plus l'affirmer. Nous allons voir maintenant d'autres cas où ce même ramollissement existera sans rougeur : est-ce la même affection à l'état chronique? Dans le ramollissement rouge, peut-on dire que l'inflammation existe encore? Dans le cas de ramollissement sans rougeur, et même avec décoloration de l'organe, peut-on dire que le point de départ a été encore une inflammation qui a cessé, et qui a laissé dans le foie, comme trace de son existence, une notable diminution dans la cohésion des molécules de l'organe? C'est ce que nous discuterons dans les réflexions annexées aux observations qui vont suivre.

XIe OBSERVATION.

Ramollissement du foie avec décoloration de son tissu. Sérosité, au lieu de bile, dans la vésicule; teinte jaune bilieuse des urines et des sueurs, sans ictère; selles blanchâtres. Symptômes de gastrite chronique avec état sain de l'estomac.

Un cordonnier, âgé de 56 ans, avait commencé à maigrir, à perdre ses forces, à digérer mal, deux ans environ avant son entrée à la Charité. D'ailleurs jamais de douleurs à l'épigastre, ni en aucun point de l'abdomen; jamais de nausées ni de vomissements; mais anorexie, n'existant d'abord que par intervalles, et étant ensuite devenue continuelle. Sentiment de malaise, pesanteur vers la partie droite inférieure de l'épigastre, cinq à six heures après avoir pris quelque nourriture. Un mois seulement avant d'entrer à la Charité, le malade s'était alité; dès le début de son affection, et pendant son cours, on lui avait appliqué plusieurs fois des sangsues à l'épigastre, sans qu'il en ressentît jamais aucun soulagement. Cet ensemble de symptômes semblait annoncer une affection chronique de l'estomac; voici maintenant quels autres symptômes nous observâmes : la langue n'avait rien autre chose de remarquable qu'une grande pâleur; aucun mauvais goût n'était ressenti dans la bouche. L'épigastre était souple, indolent, ainsi que le reste de l'abdomen; le malade, depuis quelque temps, ne prenait que du lait pour toute nourriture, et il s'en trouvait bien. Les selles étaient rares et d'un aspect qui nous frappa; elles étaient blanchâtres, complètement décolorées, comme chez les individus

ictériques; cependant la peau ni les conjonctives n'offraient aucune trace de jaunisse. Mais l'urine, rendue en assez grande abondance, avait une couleur orangée très-remarquable, telle encore qu'on l'observe dans le cas d'ictère ; enfin le malade suait souvent de la tête , et les linges que touchait cette sueur se coloraient en jaune. Le pouls était d'ailleurs habituellement un peu fréquent, sans que la peau fût chaude. La maigreur était considérable.

Nous regardâmes cet individu comme atteint d'une gastrite chronique, et de plus, en raison de la nature des selles, des urines et des sueurs, nous pensâmes que l'affection de l'estomac était compliquée d'une lésion quelconque du foie.

Pendant les deux mois de séjour que fit le malade à la Charité, espace de temps au bout duquel il succomba sans agonie, au milieu d'un grand état d'épuisement, les symptômes qu'il avait présentés à son entrée ne changèrent pas, et seulement nous le vîmes maigrir et s'affaiblir de plus en plus. Le lait, qu'il prenait d'abord avec assez de plaisir, lui répugna bientôt; il avait le dégoût le plus complet pour toute espèce de nourriture. Il demanda du vin avec tant d'instances qu'on lui en accorda ; ce liquide n'exaspéra pas les symptômes gastriques. Tel n'est pas le cas le plus ordinaire des individus atteints d'une phlegmasie chronique de l'estomac. C'est que cette dernière n'existait pas, comme nous allons le voir. — Le traitement consista dans l'application d'un vésicatoire à l'épigastre, et de simples émollients à l'intérieur.

OUVERTURE DU CADAVRE.

La surface interne de l'estomac était généralement blanche, si ce n'est en quelques points où, dans le tissu cellulaire sous-muqueux, rampaient des veines d'un calibre assez considérable ; mais dans la muqueuse même il n'y avait aucun vaisseau injecté ; partout, d'ailleurs, cette membrane avait l'épaisseur et la consistance de son état physiologique. Nous ne trouvâmes pas plus de lésion appréciable dans le duodénum, non plus que dans le reste du tube digestif.

Le foie fut ensuite examiné; vu extérieurement, il avait une teinte pâle. Légèrement tiré hors de sa place, il se déchira, et en le pressant avec le doigt on le voyait se réduire en une sorte de bouillie grisâtre. Il avait dans tous ses points la couleur de la feuille morte, et, soit par l'incision, soit par la pression, on en faisait à peine sortir quelques gouttes de sang. D'ailleurs, il ne graissait point le scalpel, et avait un aspect tout différent de celui des foies gras. Dans la vésicule, on ne trouvait plus, au lieu de bile, qu'un liquide séreux incolore, qui, par la dégustation, ne présenta aucune amertume. Rien de notable dans les conduits hépatique, cystique et cholédoque, qui étaient vides de bile.

Ce cas nous semble bien remarquable sous plus d'un rapport. Il offre un exemple d'ancien trouble des fonctions digestives, sans altération appréciable de l'organisation de l'estomac, du duodénum et du reste du canal intestinal. Chez beaucoup d'autres individus, où il n'y avait pas eu d'autres symptômes, nous avons cependant trouvé dans l'estomac les lésions organiques les plus graves. Y avait-il eu donc, dans ce cas. simple altération des fonctions de l'estomac, sans lésion de sa texture?

C'est ailleurs, selon nous, qu'il fallait chercher la cause du trouble des digestions, et, par suite, de l'affaiblissement progressif, du marasme, etc. Cette cause n'était-elle pas le défaut de l'écoulement de la bile dans le duodénum? Est-ce impunément que le chyme, qui arrive dans cet intestin pour s'y transformer en suc nutritif, ne s'y trouve pas mélangé avec de la bile? Un bon, un véritable chyle peut-il même alors se former? Certes, dans l'état actuel de la science, de pareilles questions peuvent être au moins soulevées. De là, l'espèce de pesanteur qu'éprouvait le malade, cinq à six heures après avoir pris quelques aliments, c'est-à-dire, à peu près vers l'époque où ceux-ci avaient dû franchir le pylore. De là l'anorexie, qui, ici, n'était liée ni à un état d'irritation ni à un état de faiblesse de l'estomac, mais qui dépendait du mauvais état général des fonctions nutritives; la faim était anéantie, parce que la nutrition elle-même tendait à l'être; le chyle ne se formant plus, il n'y avait plus de chymification; frappant exemple, entre mille autres, des liens intimes par lesquels tous les actes vitaux s'unissent et se correspondent.

Que si maintenant nous recherchons quelle était la cause qui s'opposait à l'arrivée de la bile dans le duodénum, nous trouverons qu'elle avait cessé d'y arriver (ce que l'aspect des matières fécales prouvait d'ailleurs suffisamment pendant la vie), non parce qu'un obstacle dans les voies biliaires s'opposait à sa libre excrétion, mais parce que le foie n'en formait réellement plus. On n'en trouva pas effectivement dans les canaux disséminés à l'intérieur de cet organe, et dans la vésicule rien ne ressemblait moins à la bile que le liquide qui y était contenu. Ainsi donc, il semblait y avoir eu réellement dans ce cas absence de sécrétion biliaire. La matière jaune de la bile était séparée du sang par d'autres voies d'excrétion, par les reins, par les vaisseaux exhalants de la surface cutanée. Mais, de cette matière, le sang était-il convenablement dépuré, et n'était-ce pas là une nouvelle cause d'altération des forces nutritives?

Nous regarderons donc comme un fait démontré par l'expérience, que, dans les cas de ramollissement du foie pareils à celui décrit dans l'observation actuelle, la sécrétion de la bile peut être suspendue, ou du moins très-diminuée.

Quant aux causes et à la nature de ce ramollissement, elles seront peut-être difficiles à établir pour tout esprit un peu sévère. N'était-il autre chose qu'un résultat de phlegmasie chronique? Cela est soutenable, mais impossible à démontrer; et nous avouons que, pour notre part, nous conservons encore du doute à ce sujet.

XIIe OBSERVATION.

Ramollissement du foie avec décoloration de son tissu. Liquide comme aqueux dans la vésicule. Absence de bile dans les évacuations alvines. Gastrite chronique.

Une femme, âgée de 50 ans, digérait difficilement depuis plusieurs années ; elle avait peu à peu perdu l'appétit, et, à l'époque de son entrée à l'hôpital, elle avait une anorexie complète : elle vomissait quelquefois, ne sentait point de douleur à l'épigastre. Partout l'abdomen était souple et indolent ; la langue avait un aspect naturel ; les selles étaient rares, d'une couleur de cendre ; la maigreur était considérable ; le pouls était sans fréquence ; les urines ne furent point examinées sous le rapport de leur couleur.

Quelque temps après l'entrée de la malade à la Charité, la langue rougit et se sécha : le pouls prit de la fréquence, et la mort eut lieu dans un état adynamique.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le foie ne dépassant point en bas le rebord cartilagineux des côtes, s'étendait dans l'hypocondre gauche. Son tissu, remarquable par sa pâleur, s'écrasait en pulpe sous le doigt avec la plus grande facilité. Un liquide semblable à de l'eau trouble remplissait la vésicule : le canal cystique était libre ; les canaux hépatique et cholédoque contenaient une sérosité citrine, dont l'aspect rappelait celui de l'urine : l'entrée du conduit cholédoque dans le duodénum était libre.

La rate, volumineuse, se réduisait, par une pression légère, en une bouillie couleur lie de vin.

La face postérieure de l'estomac était occupée par une ulcération, large comme une pièce de cinq francs, dont le fond était formé par le pancréas sain, uni par un tissu cellulaire dense et serré au pourtour de l'ulcère ; les bords de celui-ci étaient lisses et arrondis : autour de lui la membrane muqueuse était blanche, et n'offrait ni épaississement, ni ramollissement. Dans le grand cul-de-sac, cette membrane était d'un rouge vif. Aucune lésion appréciable n'existait dans le duodénum, non plus que dans le reste de l'intestin. Dans le colon seulement on observait un remarquable développement des follicules : ils se présentaient sous la forme de petits corps blanchâtres, arrondis, présentant la plupart un orifice à leur centre. Le gros intestin contenait des matières solides, d'un blanc grisâtre.

Deux tumeurs fibreuses, du volume d'une noix, étaient enchatonnées dans le tissu de l'utérus : l'une de ces tumeurs était formée par des fibres entrecroisées, et comme pelotonnées. Dans l'autre, le tissu fibreux était disposé en grains isolés, que séparait du tissu cellulaire très-vasculaire.

L'aorte présentait à sa surface interne plusieurs plaques cartilagineuses et osseuses.

Cette observation présente une grande analogie avec la précédente, sous le rapport de la texture du foie, de l'aspect du liquide contenu dans la vésicule, et de l'absence de la bile dans les évacuations alvines. Ici

non plus il n'y avait pas d'ictère. Nous regrettons beaucoup que l'état des urines n'ait pas été constaté.

De plus, chez le sujet de l'observation actuelle, l'estomac était le siége d'une lésion organique très-grave ; et cependant l'on peut voir que les symptômes qui pendant la vie annoncèrent chez lui une affection des voies digestives, ne furent guère plus intenses ou différents de ceux que nous avons observés chez le malade de l'observation XI, chez lequel, en raison de l'absence complète de toute lésion appréciable dans le tube digestif, nous avons cru devoir expliquer autrement la production de ces symptômes.

La rougeur vive qui fut trouvée dans le grand cul-de-sac de l'estomac était très-vraisemblablement une altération récente, à laquelle peuvent être rapportés les nouveaux symptômes qui apparurent pendant les derniers jours.

C. OBSERVATIONS SUR L'INDURATION DU FOIE.

XIIIe OBSERVATION.

Induration rouge du foie. Ascite. Pas d'autre symptôme propre à révéler une affection du foie.

Un lapidaire, âgé de 55 ans, avait toujours joui d'une assez bonne santé jusqu'en mai 1821. A cette époque, et sans qu'il fût précédemment enrhumé, il eut une hémoptysie assez abondante qui dura pendant une dizaine de jours: il continua à tousser jusqu'à la fin du mois de juin. Alors les accidents du côté de la poitrine cessèrent ; la toux et la dyspnée légère qui l'accompagnait disparurent ; mais d'autres symptômes apparurent du côté de l'abdomen. Une douleur peu vive, mais habituelle, se fit sentir vers l'hypocondre droit (le malade ne peut pas en assigner le siége avec plus de précision); les aliments furent plusieurs fois vomis; un léger dévoiement survint, et ne cessa plus que par intervalles; cependant il ne s'alita pas, et n'interrompit point ses occupations habituelles. Pendant les trois mois suivants, persistance de ces symptômes, diminution progressive de l'embonpoint et des forces. Nous ne pûmes savoir si la douleur de l'hypocondre avait précédé ou suivi la première apparition des vomissements et de la diarrhée. Pendant les mois d'octobre et de novembre, en même temps que la face et les membres maigrissaient de plus en plus, l'abdomen se tuméfia, et une ascite ne tarda pas à être manifeste pour tous ceux qui voyaient le malade. Entré à la Charité vers le commencement du mois de décembre, il offrit l'état suivant :

Face pâle, exprimant la souffrance, grande faiblesse, amaigrissement considérable des membres. Abdomen fortement distendu par un liquide qui procure à la percussion une fluctuation manifeste ; il n'est douloureux nulle part; dévoiement (cinq à six selles liquides en vingt-quatre heures). — Aspect naturel de la langue. — Conservation de l'appétit; absence de fièvre; peau très-sèche; respiration libre; l'auscultation et la percussion n'annoncent aucun état morbide des organes thoraciques.

Quelle était chez ce malade la cause de l'ascite? aucune lésion organique, appréciable

pour nous, ne pouvait en rendre compte. Tout ce que nous pouvions actuellement saisir, c'était l'existence d'une phlegmasie chronique de la partie inférieure du tube digestif.

Le lendemain de l'entrée du malade, la ponction fut pratiquée. Un seau de sérosité limpide sortit de l'abdomen. Désirant solliciter l'action des reins, pour empêcher la collection péritonéale de se former, M. Lerminier prescrivit *le vin diurétique amer de la Charité*, *deux gros de miel scillitique, la tisane de chiendent nitrée*, *des frictions à l'intérieur des cuisses avec la teinture de digitale.*

Pendant les douze jours suivants l'état du malade resta à peu près le même. Les urines ne devinrent pas plus abondantes ; la peau conserva sa grande sécheresse ; le dévoiement n'augmenta ni ne diminua, et les selles avaient lieu sans douleur ni ténesme. Le pouls ne prit pas de fréquence ; mais l'ascite redevint bientôt aussi considérable qu'elle était avant la ponction. Dans cet état de choses, M. Lerminier prescrivit *une potion composée d'une once d'huile de ricin*, *d'une demi-once de sirop de nerprun*, *et de deux gros de menthe.* Des selles séreuses, très-abondantes, accompagnées d'assez vives coliques, eurent lieu dans la journée. Le lendemain matin, nous trouvâmes le malade sans fièvre comme de coutume.

Le surlendemain, on donna *quatre pilules de calomélas et de savon médicinal*, *composées chacune de trois grains de mercure doux et d'un grain de savon.* On les continua pendant les trois jours suivants. Le dévoiement, pendant l'administration de ces pilules, resta tel qu'il était avant que la potion purgative eût été donnée.

Vingt jours après la ponction, l'ascite était beaucoup plus considérable qu'à l'époque où elle avait été pratiquée. Les traits de la face s'altérèrent ; la prostration était extrême, la langue conservait son humidité et n'était pas rouge. Au commencement du mois de janvier, elle commença à brunir à son centre, sans être rouge sur ses bords ; le pouls devint de plus en plus faible, cessa de battre, et le malade s'éteignit sans agonie, conservant jusqu'au dernier moment l'usage libre de ses facultés intellectuelles. Il n'y eut jamais, jusqu'à la mort du malade, que cinq à six selles en vingt-quatre heures. Les membres restèrent entièrement exempts de toute infiltration.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Une énorme quantité de sérosité limpide s'échappa à travers les parois abdominales incisées. On n'y voyait nager aucun flocon, et rien n'indiquait dans l'abdomen une inflammation antécédente ou actuelle du péritoine.

Nous fûmes frappé de l'espèce de sensation de densité que le foie présentait extérieurement au simple toucher : bien que son volume ne fût point augmenté, il était beaucoup plus pesant que de coutume. Il avait une couleur rouge uniforme ; on le déchirait très-difficilement ; et, sous le rapport de sa couleur, de sa coupe lisse, et de l'ensemble de ses propriétés physiques, on ne pouvait mieux comparer une de ses tranches qu'à une tranche de jambon maigre. — Les voies d'excrétion de la bile ne nous offrirent rien de particulier à noter.

L'estomac était pâle dans toute l'étendue de sa surface interne ; sa membrane muqueuse était tellement molle et mince vers le grand cul-de-sac, qu'en beaucoup de points on ne trouvait plus que le tissu cellulaire sous-muqueux tapissé par une pulpe liquide et blanchâtre. Le duodénum et le reste de l'intestin grêle ne nous offrirent aucune lésion appréciable, si ce n'est, d'espace en espace, quelques injections partielles peu étendues de la membrane muqueuse. — Le cæcum présentait, sur toute sa surface, une teinte brunâtre et un développement très-considérable de ses follicules. La mem-

brane muqueuse du colon était blanche partout ; mais en beaucoup de points elle était notablement ramollie. Une couleur brunâtre reparaissait dans le rectum.

Il n'y avait rien de remarquable dans les autres viscères abdominaux.

Les poumons examinés avec soin, en raison de l'abondante hémoptysie qui avait eu lieu plusieurs mois auparavant, furent trouvés parfaitement sains ; il en fut de même du cœur.

Dans le cerveau on ne trouva rien autre chose que de la sérosité liquide amassée en assez grande quantité dans les ventricules latéraux, pour que ceux-ci restassent notablement distendus après son évacuation.

Nous trouvons dans cette observation une altération de texture du foie, différente de celle dont les précédentes observations nous ont fourni des exemples. Son parenchyme est considérablement induré, sa densité est augmentée; sa couleur est d'un rouge plus intense que celui que le foie présente dans son état sain. Pour découvrir cette affection, nous ne trouvons aucun symptôme caractéristique ; mais ici se présente un nouveau phénomène morbide, que nous n'avons pas vu exister dans les cas précédents : c'est l'ascite. Comme elle était manifestement indépendante d'une maladie du cœur, et que rien n'annonçait non plus qu'il y eût eu péritonite, on pourrait soupçonner qu'elle pouvait dépendre d'une affection du foie ; mais rien n'en donnait la certitude. L'augmentation de consistance qu'avait subie cet organe s'opposait vraisemblablement à la libre circulation du sang veineux dans son intérieur. Il y avait donc ici obstruction du foie, mot très-vague qu'on a banni avec raison du langage scientifique, mais qui n'en est pas moins l'expression d'un fait très-réel. On notera d'ailleurs que dans ce cas il n'y eut aucun dérangement, appréciable du moins, de la sécrétion biliaire.

L'époque où commença cette maladie du foie est assez difficile à déterminer. Son début fut-il annoncé par la douleur que le malade ressentit dans l'hypocondre droit, lorsque les symptômes d'irritation pulmonaire furent remplacés par d'autres symptômes d'irritation gastro-intestinale?

Le ramollissement blanc de la membrane muqueuse gastrique n'empêcha pas la langue de conserver constamment un état naturel, si ce n'est dans les derniers jours de l'existence du malade, où elle brunit. Il y avait eu, au commencement de la maladie, quelques vomissements. Mais plus tard les symptômes gastriques furent très-peu tranchés. Pour rendre compte de la diarrhée chronique, on ne trouva qu'une coloration brune du cœcum et du rectum, et un peu de ramollissement blanc, pareil à celui de l'estomac, dans la membrane muqueuse du colon.

On peut voir, chez cet individu, un exemple de l'effet produit par des purgatifs réitérés et autres irritants, administrés chez un individu qui avait une ascite, et dont la membrane muqueuse intestinale était déjà précédemment irritée. Je ne ferai à cette occasion qu'une seule remarque : c'est que ces stimulants, portés sur une membrane muqueuse déjà malade, ne produisirent jamais la fièvre.

Nous ferons remarquer enfin l'état très-sain dans lequel furent trouvés les poumons, chez un individu qui, plusieurs mois auparavant, avait eu une hémoptysie suivie d'une toux assez longue. Voilà encore un fait qui démontre la possibilité de la production d'une hémoptysie sans existence de tubercules antécédents. Ce fut d'ailleurs ici une chose assez remarquable, que la disparition subite des accidents thorachiques, en même temps que les viscères abdominaux commencèrent à s'affecter.

XIVe OBSERVATION.

Induration du foie avec coloration insolite de son tissu. Ictère et ascite. Phlegmasie intestinale antécédente.

Un homme, âgé de 26 ans, resta enfermé pendant près de deux ans à la prison de Montaigu. C'est tandis qu'il y était détenu que sa santé, bonne jusqu'alors, commença à s'altérer. Il eut d'abord un dévoiement qui dura pendant plusieurs mois, cessa ensuite et se remontra à plusieurs reprises ; puis ce malade devint jaune ; plus tard l'abdomen prit un développement insolite.

État du malade à l'époque de son entrée : teinte jaune intense de toute la surface cutanée et des conjonctives. Maigreur de la face et des membres. Fluctuation dans l'abdomen ; tumeur obscurément sentie dans l'hypocondre droit, qui n'est pas douloureux et ne l'a jamais été ; langue blanchâtre ; diarrhée, soif ; urines peu abondantes, d'un rouge brun ; pouls fréquent, peau chaude.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, nous ne vîmes d'autre changement qu'un affaiblissement de plus en plus considérable, un amaigrissement de plus en plus grand. Il succomba un mois après son entrée. Dans les derniers jours de la vie, l'abdomen se météorisa considérablement. Le malade eut plusieurs fois des sueurs très-abondantes, qui tachaient le linge en jaune.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Foie volumineux, pesant, très-dur, se déchirant difficilement, offrant une teinte générale d'un brun verdâtre. En l'examinant avec plus d'attention, on trouve que cette teinte n'est pas uniforme, et que le parenchyme du foie est formé, 1o par un tissu d'un blanc verdâtre disposé sous forme de lignes ou de plaques irrégulières (c'est le tissu blanc ordinaire hypertrophié) ; 2o par un tissu d'un vert brun foncé, duquel dépend la couleur générale que présente le foie, et qui est l'analogue du tissu rouge ordinaire.

Le canal hépatique est sain, ainsi que le cholédoque. Un calcul oblitère le col de la vésicule du fiel. Celle-ci ne contenait que quelques mucosités filantes.

Taches noirâtres éparses dans l'intestin. Elles semblent être d'anciennes ulcérations en cicatrisation. Examinées sous une couche d'eau, elles présentent un aspect mamelonné. On n'y voit pas de villosités, celles-ci sont au contraire très-manifestes dans l'intervalle des taches. Rate remarquable par son volume, assez molle.

Cette observation nous semble particulièrement digne d'attention, 1° sous le rapport de l'espèce d'altération subie par le foie, laquelle consistait dans l'augmentation de volume et de consistance de son tissu, avec modification de sa couleur; 2° sous le rapport des symptômes et de leur ordre de succession; l'affection intestinale précéda ici l'affection du foie. Il y eut ictère, sans que les canaux hépatique et cholédoque fussent obstrués.

Nous ferons remarquer ces taches noires dépourvues de villosités, éparses sur la muqueuse intestinale, et qui semblaient annoncer une reproduction imparfaite de la membrane muqueuse.

XVe OBSERVATION.

Induration du foie; hypertrophie de la substance blanche. Couleur insolite de la substance rouge. Ictère. Tumeur abdominale.

Un fondeur en cuivre, âgé de 60 ans, a eu, il y a plusieurs années, le ver solitaire. Depuis sept à huit ans, il éprouve des douleurs vagues en différents points de l'abdomen, et il vomit de temps en temps des eaux âcres. Depuis ce temps, il a perdu l'embonpoint assez considérable dont il jouissait auparavant, et il est tombé peu à peu dans le marasme. Depuis plusieurs années aussi, il a dans les membres des douleurs rhumatismales, et il a eu plusieurs fois, dans quelques articulations de la main, un gonflement douloureux qui a été qualifié de goutte.

État du malade à l'époque de son entrée et pendant son séjour. Teinte jaune-verdâtre de la face, teinte jaune plus claire du reste de la peau. Marasme. Tumeur occupant l'hypocondre droit et l'épigastre, descendant jusqu'à l'ombilic : tension dans l'hypocondre gauche, sans qu'on puisse y circonscrire de tumeur. Il n'y a de douleur qu'à l'épigastre; encore n'y est-elle pas habituelle, mais la pression la fait naître, et elle revient de temps en temps par élancements, plus souvent la nuit que le jour. Langue rouge, sans enduit, soif; anorexie; fréquents vomissements depuis quelque temps. Selles jaunes, de consistance ordinaire. Pouls sans fréquence. Fluctuation obscure dans l'abdomen. Léger œdème des membres abdominaux (*vésicatoires aux jambes : fumigations de bains de genièvre, tisane de chiendent et de petit houx. Eau de Vichy. Frictions stimulantes sur la peau*). Augmentation des vomissements; sécheresse de la langue. Prostration de plus en plus grande, et mort.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Foie volumineux, remarquable par sa densité et sa dureté. Les circonvolutions de sa substance blanche sont plus larges, plus étendues, plus saillantes. La substance spongieuse, que la précédente circonscrit, offre une teinte verdâtre sombre. État sain des voies d'excrétion de la bile.

Rougeur générale de la surface interne de l'estomac. Induration grise et noire du poumon droit, avec développement de quelques tubercules miliaires au milieu de l'induration. Teinte noire des villosités intestinales.

Cette observation présente une grande analogie avec la précédente, sous le rapport de l'altération de texture du foie, et des symptômes qui l'annoncèrent pendant la vie.

XVIe OBSERVATION.

Induration rouge du foie avec développement de granulations à sa périphérie et dans son intérieur. Ictère et ascite. Tumeur produite par le lobe gauche du foie. Cause présumée : émotion morale.

Un cocher de cabriolet des environs de Paris, âgé de 49 ans, fortement constitué, ayant fait abus des liqueurs alcooliques, jouit d'une bonne santé jusqu'à la fin du mois de juin 1822. A cette époque, il eut avec ses camarades une dispute violente, à la suite de laquelle il devint jaune. Entré à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, il n'avait plus qu'une très-légère teinte jaune lorsqu'il en sortit au bout de trente-six jours. Mais bientôt l'ictère reparut. Du 20 au 30 août, l'abdomen commença à se tuméfier. Dans le courant de septembre, l'ascite devint de plus en plus considérable ; les membres inférieurs s'infiltrèrent à leur tour ; et enfin, vers le 20 septembre, l'hydropisie s'étendit au scrotum.

Ce malade entra à la Charité le 5 octobre. Alors toute la surface cutanée était d'une teinte jaune-verdâtre; l'abdomen était prodigieusement tuméfié, et on y reconnaissait une fluctuation évidente ; jamais il n'avait été le siége d'aucune douleur. Les membres pelviens, les bourses et le pénis étaient infiltrés : la respiration était gênée, résultat mécanique du refoulement du diaphragme par le liquide péritonéal. L'auscultation et la percussion annonçaient un état sain des organes thorachiques ; le pouls était petit, un peu fréquent, la peau sans chaleur ; les urines rares, d'un jaune safrané ; la langue était humide et blanchâtre, l'appétit nul, la soif très-peu considérable ; une seule selle avait lieu en vingt-quatre heures, bien consistante et ayant la couleur de la cendre. La faiblesse était déjà considérable.

Le début et la marche de la maladie, l'absence complète de toute espèce de signe d'affection organique du cœur ; enfin, la coïncidence d'un ictère paraissaient annoncer que l'hydropisie dépendait d'une maladie du foie.

M. Lerminier chercha surtout à combattre cette hydropisie, en établissant une double fluxion révulsive sur les reins et sur la membrane muqueuse intestinale. Dans ce

but, il prescrivit *la tisane de chiendent et de pariétaire nitrée* (*un scrupule de nitre pour une pinte de décoction*), *quatre pilules composées chacune de deux grains de calomélas*, *d'un grain de rhubarbe, et d'un grain de poudre de scille*, *avec addition de quantité suffisante de sirop des cinq racines*, *trois bouillons.*

Les deux jours suivants, même état, même prescription.

Le 8 octobre, l'infiltration du scrotum avait diminué ; mais la collection péritonéale était encore plus considérable ; elle produisait une grande gêne de la respiration et une vive anxiété. La ponction fut pratiquée : un liquide transparent, de couleur citrine, s'écoula. L'affaissement des parois abdominales permit de reconnaître, immédiatement après la ponction, l'existence d'une tumeur à gauche de l'appendice xyphoïde, qui ne put être exactement circonscrite, et qui parut appartenir au lobe gauche du foie. Les pilules furent continuées; on ajouta à la prescription *trois onces de vin diurétique amer de la Charité*, à prendre par cuillerées.

Le lendemain, 9, les membres inférieurs étaient notablement désinfiltrés; l'urine coulait plus abondamment.

Le 10, on remarqua une tendance continuelle à l'assoupissement ; la nuit, une diarrhée abondante s'établit.

Dans la matinée du 11, grande prostration ; couleur brune de la langue à son centre; pouls très-fréquent (*tisane d'orge gommée ; deux vésicatoires aux membres inférieurs* ; *frictions avec l'alcool camphré*). Toute la journée, état comateux ; fréquentes évacuations alvines.

Le 12 octobre, respiration très-accélérée, langue sèche, noire à son centre ; pouls filiforme, battant plus de cent trente fois par minute ; face pâle, profondément altérée. (*Sinapismes sur différents points des membres ; décoction de serpentaire de Virginie*, *avec addition de vingt gouttes d'ammoniaque liquide*, *et d'une once de sirop d'écorces d'oranges amères* ; *potion éthérée.*) Mort peu de temps après la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Infiltration peu considérable des membres inférieurs ; couleur jaune très-intense de toute la surface cutanée.

Quantité médiocre de sérosité limpide et jaune dans la cavité du péritoine.

Le lobe droit du foie ne dépassait pas le rebord des côtes. Le lobe gauche, au contraire, occupait au-dessous et à gauche de l'appendice xyphoïde un espace large comme deux travers de doigt; il ne s'étendait pas dans l'hypocondre gauche. Le tissu du foie était brunâtre ; extérieurement il était parsemé d'une foule de granulations que l'on retrouvait également à l'intérieur de l'organe. Les conduits biliaires avaient leur aspect ordinaire ; une bile noire, très-épaisse, remplissait la vésicule du fiel.

La surface interne de l'estomac avait une teinte ardoisée dans une grande partie de son étendue : la muqueuse n'était ni ramollie, ni indurée, ni épaissie. Le duodénum et le reste du tube digestif, examinés avec soin, ne présentèrent rien de notable.

Dans le crâne, on trouva la dure-mère colorée en jaune ; la substance cérébrale sillonnée par de petites lignes jaunes qui semblaient être autant de vaisseaux ; une quantité médiocre de sérosité, également jaune, dans les ventricules.

Dans le thorax, la cavité des deux plèvres et celle du péricarde contenaient quelques cuillerées de sérosité de même couleur. Les poumons étaient sains, ainsi que le cœur, dont les cavités renfermaient un sang noir liquide. Un sang pareil remplissait l'aorte, dont la surface interne était blanche. Un liquide jaune existait en petite quantité dans le canal thorachique : les cartilages costaux étaient également colorés en jaune.

Le foie nous offre ici réunies quatre espèces d'altérations : 1° modification de sa couleur ; 2° augmentation partielle de son volume (dans le lobe gauche) ; 3° accroissement de sa densité, de sa consistance ; 4° développement de granulations à sa périphérie et dans son intérieur.

Comme symptômes de ces altérations, nous trouvons : 1° une tumeur peu considérable, qui, en raison de son siége, aurait pu facilement être prise pour une tumeur appartenant à l'estomac ; 2° un ictère ; 3° une hydropisie qui commence par le péritoine et s'étend ensuite aux membres, marche opposée à celle qu'affectent les hydropisies qui dépendent d'une maladie du cœur.

Dans aucune période de cette affection il n'y eut production de douleur.

L'ictère fut le premier accident qui apparut. Le malade n'avait encore remarqué aucun dérangement dans sa santé, lorsqu'une forte émotion morale devint chez lui la cause d'un ictère. Mais, tandis que la plupart des jaunisses, qui reconnaissent une pareille cause, n'ont le plus souvent rien de grave et se dissipent au bout d'un temps plus ou moins long, sans laisser de traces fâcheuses, ici, au contraire, l'ictère ne fut en quelque sorte que le premier signal d'une altération de la texture intime du foie. La première impression se porta-t-elle sur le duodénum, qui transmit son irritation au foie? Y eut-il d'abord inflammation des voies d'excrétion de la bile, et obstacle, par tuméfaction de leur membrane muqueuse, à l'écoulement de la bile dans le duodénum? Cet intestin, ainsi que les canaux hépatique et cholédoque, restèrent-ils dans leur état sain? et l'émotion morale n'agit-elle pas plutôt en influençant directement les nerfs du foie, qui, modifiés dans leur action, altérèrent à leur tour la sécrétion biliaire et l'empêchèrent de s'accomplir dans sa plénitude? De là, séjour des matériaux de la bile dans le sang, et production de l'ictère. Toutes ces questions peuvent être agitées ; mais ce qu'on n'oubliera pas, c'est que l'ouverture du cadavre ne démontra dans les canaux hépatique et cholédoque aucune cause mécanique qui pût s'opposer à l'arrivée de la bile dans le duodénum; d'ailleurs le foie en sécrétait encore une certaine quantité, car les canaux étaient teints par elle, et on en trouva dans la vésicule; mais elle était remarquable par sa couleur d'un noir foncé. Ainsi, il y a sous ce rapport une grande différence

entre ce cas et plusieurs autres précédemment cités, ou même, dans les voies d'excrétion de la bile, on ne trouvait plus qu'un peu de mucus.

L'état des intestins est bien digne de remarque. Leur membrane muqueuse avait été souvent irritée par divers purgatifs, et cependant on la trouva blanche : ainsi ces médicaments n'y avaient déterminé qu'une congestion passagère. Comparez ce cas avec ceux où, à la suite d'un purgatif ou d'un émétique donné une seule fois, on produit une phlegmasie intense du tube digestif avec réaction sympathique sur d'autres organes, production de symptômes adynamiques ou ataxiques, etc., et essayez, après cela, d'établir des règles fixes dans l'emploi des médicaments! Il n'est pas moins important pour le médecin de savoir combien est souvent susceptible, irritable, la membrane muqueuse intestinale, que de savoir, d'un autre côté, qu'il y a des cas où, bien qu'on la mette en contact avec des stimulants plus ou moins énergiques, on ne peut pas réellement parvenir à l'enflammer. (On peut méditer à cet égard les faits que nous avons déjà cités.) Voyez aussi d'autres observations, où non-seulement l'emploi des purgatifs n'a pas été nuisible, mais dans lesquels son administration a été réellement suivie d'effets avantageux. Pourquoi insistons-nous sur ces faits? Précisément parce que les doctrines médicales actuelles en détournent l'attention des praticiens, et qu'il est bon de les connaître, quand ce ne serait que sous le rapport physiologique.

Nous voyons de plus ici une diarrhée abondante avoir lieu pendant les derniers jours de la vie, sans qu'aucune lésion de la muqueuse intestinale, appréciable pour nous, puisse en rendre compte.

L'altération de l'estomac ne consistait qu'en une simple modification de la couleur de la membrane muqueuse; il n'y avait eu pendant la vie d'autre signe d'affection gastrique que de l'anorexie; mais nous avons déjà vu que celle-ci peut être (obs. XI) conçue comme indépendante d'un état morbide de l'estomac, bien qu'il soit vrai de dire qu'elle en dépende le plus souvent.

L'opération de la paracentèse fut suivie d'une remarquable désinfiltration des membres intérieurs; mais cette diminution de l'hydropisie n'eut aucun résultat avantageux : ce fut, au contraire, à dater de ce moment, que des symptômes adynamiques se manifestèrent, et que le malade tomba dans un état d'assoupissement au milieu duquel il succomba.

XVIIe OBSERVATION.

Induration du foie avec développement de granulations. Tumeur épigastrique. Ascite. Pas d'ictère. Phlegmasie chronique du poumon et de l'iléum. Phlegmasie aiguë de l'estomac. OEdème pulmonaire.

Un fort de la halle, âgé de 54 ans, adonné au vin, était sujet à s'enrhumer depuis plusieurs années ; il disait avoir, depuis longtemps, l'haleine un peu courte ; quelquefois il avait craché le sang. Jamais il n'a ressenti de douleur ni dans la poitrine, ni dans l'abdomen. Au commencement du mois de janvier 1822, il s'aperçut que son ventre acquérait un volume inaccoutumé, cependant il continua à porter des fardeaux jusque vers la fin du mois de février. Entré à la Charité vers le commencement du mois de mars, il nous présenta l'état suivant.

Abdomen tuméfié, présentant une fluctuation manifeste, pouvant être pressé sans douleur dans le trajet présumé du colon transverse, où l'on sent de petites tumeurs multiples, bosselées, qui paraissent dépendre de la présence de matières fécales endurcies. Depuis un mois, en effet, le malade ne va que très-difficilement à la selle ; auparavant, il avait eu souvent du dévoiement. L'abondance de la collection séreuse du péritoine ne permet pas d'explorer convenablement l'état des différents viscères abdominaux. La langue est naturelle; le malade a peu d'appétit, mais il n'a pas de dégoût pour les aliments; les urines sont rares, rouges et sédimenteuses ; le pouls a de la fréquence ; le cœur paraît dans son état physiologique ; la toux est fréquente, accompagnée de l'expectoration de crachats muqueux épais. L'auscultation fait entendre du râle en divers points du thorax ; la face est pâle et maigre, ainsi que les membres qui ne présentent aucune trace d'infiltration. Il n'y a aucune apparence d'ictère.

Une potion purgative, composée de deux onces d'huile de ricin et d'une once de sirop de nerprun, fut administrée. D'abondantes évacuations alvines eurent lieu sans beaucoup de coliques. La même potion fut prescrite pendant les cinq jours suivants.

Cependant, loin de diminuer sous l'influence des hydragogues, l'ascite augmenta considérablement; la langue rougit et se sécha; un peu de sang brunâtre fut expectoré. La potion purgative fut supprimée : on prescrivit la *tisane de petit houx nitrée*, *des frictions sur les membres avec un mélange de teinture de scille et de digitale ; deux vésicatoires aux jambes*. Le dévoiement, sollicité par les purgatifs, cessa; la langue revint à son état naturel ; mais l'ascite devenait chaque jour plus considérable. Le 19 mars, la ponction fut pratiquée ; une matière verdâtre transparente fut évacuée. Au moment où on retira le troquart, aucun liquide ne s'écoula par la canule. En introduisant dans celle-ci un stylet mousse, on le sentit heurter contre un corps solide, qui parut être une anse d'intestin. Celle-ci ayant été déplacée par le stylet maintenu dans la canule, le liquide s'écoula ; il en sortit encore beaucoup toute la nuit à travers la plaie.

Le lendemain de la ponction, nous sentîmes distinctement le bord tranchant du foie dans l'hypocondre droit et à l'épigastre, à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. Le pouls était faible, mais sans fréquence ; la langue un peu sèche. Deux selles avaient eu lieu (*tisane de petit houx, avec addition de miel scillitique ; une tasse de vin*).

Deux jours après la ponction, le volume de l'abdomen était redevenu presque aussi considérable qu'avant qu'elle eût été pratiquée. La langue était rouge, brunâtre au milieu ; le pouls, faible, s'était accéléré ; la température de la peau n'était pas élevée. Même prescription.

Le 24, léger délire par intervalles; pouls filiforme, mains froides, ventre tuméfié.

Le 5, l'abdomen, encore très-développé la veille, s'était tout à coup affaissé; l'œil, à

moitié recouvert par la paupière supérieure, était terne, insensible ; les pupilles, largement dilatées, semblaient avoir perdu toute faculté contractile. Les joues étaient rouges, profondément excavées ; l'intelligence paraissait entièrement anéantie ; lorsqu'on pinçait l'un des membres, le malade poussait quelques plaintes ; il agitait continuellement et jetait hors du lit le membre abdominal droit. La respiration était d'une irrégularité remarquable : tantôt plusieurs inspirations avaient lieu, très-rapprochées les unes des autres, tantôt un long intervalle existait entre elles ; cependant, au milieu de cet état d'agonie, les extrémités étaient chaudes, le pouls très-fréquent mais régulier ; et, chose remarquable, plus fort, plus développé que les jours précédents.

Le malade succomba dans la journée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Affaissement de l'abdomen, membres dans le marasme.

Le péritoine ne renferme qu'une petite quantité de sérosité limpide. La petite plaie faite par le troquart n'est pas encore fermée. Autour d'elle l'on observe dans le tissu cellulaire une injection vasculaire assez vive.

Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord des côtes. Il ne s'étend que dans l'hypocondre gauche ; mais il fait saillie au-dessous de l'appendice xyphoïde. A l'extérieur, il présente une foule de granulations très-marquées, isolées ou groupées, séparées par un tissu grisâtre. En incisant le foie, on éprouve une extrême résistance ; sa consistance est singulièrement augmentée. A l'intérieur, il présente les mêmes granulations : les plus considérables sont jaunâtres ; les plus petites sont d'un blanc légèrement transparent, et assez semblables par leur aspect à des grains de chènevis. Plusieurs de ces granulations constituent, par leur agglomération, de petites masses jaunâtres, arrondies, du volume d'un pois environ. La vésicule du fiel contient une petite quantité de bile claire, séreuse.

La membrane muqueuse de l'estomac est vivement injectée dans sa portion splénique. Elle ne présente aucune autre altération.

La face interne de l'intestin grêle, y compris le duodénum, est généralement pâle. Dans son quart inférieur existent en assez grand nombre des ulcérations à bords blancs dans la plupart, d'un rouge livide dans quelques-unes seulement. Le fond de toutes est blanc, et formé par le tissu lamineux considérablement épaissi. La face interne du gros intestin est blanche ; sa membrane muqueuse d'épaisseur et de consistance ordinaires.

Le rate, peu volumineuse, est molle, et se désempli facilement, soit par la pression, soit par le lavage, de la matière lie de vin qu'elle contient.

Le sommet du poumon droit est dur et noir ; un grand nombre de granulations grisâtres, d'une dureté presque cartilagineuse, sont disséminées dans l'intérieur des deux poumons. Autour d'elles, le parenchyme pulmonaire est crépitant. Mais en l'incisant, on en voit ruisseler de toutes parts une sérosité incolore et spumeuse. — Le cœur, rempli de sang noir liquide, offre d'ailleurs son état physiologique.

Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères cérébraux est infiltré d'une grande quantité de sérosité limpide. La substance cérébrale est généralement molle. Les ventricules latéraux sont assez fortement distendus par de la sérosité également limpide. De nombreuses veines, gorgées de sang noir, rampent sur leurs parois. Il y a aussi beaucoup de sérosité à la base du crâne.

Quatre périodes peuvent être distinguées dans la maladie qui fait le sujet de l'observation qu'on vient de lire. Dans la première existent seulement les symptômes d'une double phlegmasie chronique des poumons et des intestins. Dans la seconde, l'affection du foie, dont le début est impossible à assigner, laisse soupçonner sa présence par l'apparition de l'ascite. Celle-ci devient très-considérable, sans qu'aucun autre symptôme révèle la maladie du foie. Jamais de douleur dans la région hépatique, et pas de trace d'ictère. Ainsi voilà deux affections du foie tout à fait identiques sous le rapport de l'altération de texture (observ. XVI et XVII), qui toutes deux sont accompagnées d'ascite, tandis que dans un seul de ces deux cas il y a production d'ictère. Du reste, dans l'espèce d'altération du foie dont ces deux observations fournissent des exemples, l'ictère est beaucoup moins constant que l'hydropisie. Cette dernière n'exista ici que dans le péritoine, tandis que chez le sujet de la seizième observation elle s'était étendue aux membres inférieurs et au scrotum.

Dans la troisième période, on vit apparaître plusieurs symptômes de gastrite aiguë, et, comme notre but dans cet ouvrage n'est pas de défendre plutôt une médication qu'une autre, mais d'exposer en simple historien les effets produits par les diverses méthodes thérapeutiques, nous ferons remarquer que les purgatifs, donnés pendant plusieurs jours de suite dans le but de combattre l'hydropisie, déterminèrent une irritation fâcheuse des voies digestives, sans que l'hydropisie diminuât en rien. Loin de là, elle augmenta pendant que ces purgatifs étaient administrés; nous la vîmes aussi se reproduire avec une remarquable promptitude à la suite de la ponction.

Ce que l'art n'avait pu faire, la nature l'opéra spontanément. Mais cette résorption du liquide péritonéal fut comme le signal de l'apparition de nouveaux accidents. (Quatrième période.)

Déjà, dans le cours de cet ouvrage, nous avons appelé l'attention sur les symptômes très-graves qui se manifestent souvent à la suite de la résorption subite et spontanée d'une hydropisie, lorsqu'il ne s'établit aucune évacuation supplémentaire. On en voit ici un nouvel exemple : il est possible que quelque liaison puisse être ici établie entre la disparition brusque de l'ascite, et la formation de l'œdème pulmonaire. N'avons-nous pas vu, dans d'autres observations, un flux séreux remplir les bronches en même temps que s'opérait la résorption d'un hydrothorax; un flux intestinal également s'établir en même temps que

disparaissait une ascite; enfin, dans un autre cas, un épanchement très-considérable de sérosité dans les ventricules du cerveau suivre très-rapidement la résorption de la sérosité accumulée dans le péritoine?

L'aspect des ulcérations de l'iléum nous semble indiquer qu'elles existaient dès l'époque de l'entrée du malade à la Charité, et cependant il était alors fortement constipé; c'est qu'effectivement, comme déjà nous l'avons prouvé ailleurs, les ulcérations intestinales ne sont pas nécessairement accompagnées de diarrhée.

XVIIIe OBSERVATION.

Foie augmenté de volume et lobulé. Ascite. Gastro-entérite. Ponction pratiquée douze fois.

Un marin, âgé de 39 ans, cheveux noirs, peau brune, présentant l'ensemble des caractères du tempérament bilieux, a passé neuf années en Angleterre, sur les pontons. Il y a éprouvé la misère la plus grande, il y a été atteint de fièvres intermittentes. De retour en France depuis 1814, il a exercé différents métiers, a souvent manqué du nécessaire, et cependant s'est toujours bien porté jusqu'au mois d'octobre 1821. A cette époque, il fut atteint d'un grand dévoiement qui persista pendant deux mois, et qui céda enfin à l'usage de l'eau de riz et à la diète. A peine ce dévoiement avait-il cessé, que le malade commença à s'apercevoir que son ventre prenait un volume inaccoutumé; d'ailleurs aucun point de l'abdomen n'était douloureux. Les parois abdominales pouvaient être pressées en tous sens sans qu'aucune sensation pénible en résultât. Vers le milieu du mois de janvier 1822, le malade entra à l'hôpital de la Pitié; *cent soixante-quatorze sangsues et plusieurs vésicatoires volants* furent appliqués sur l'abdomen, dans l'espace de cinq semaines environ. Il but du vin blanc nitré; cependant l'ascite alla toujours en augmentant: le dévoiement reparut; le malade, découragé, quitta la Pitié, alla passer une quinzaine de jours chez lui, puis il entra à l'hôpital de la Charité, le 25 mars 1822.

Il était alors très-faible. La face et les membres étaient considérablement émaciés; la teinte jaune paille du visage semblait indiquer l'existence de quelque lésion organique. Le ventre, fortement tendu, avait un volume énorme; la fluctuation y était évidente; depuis qu'il avait acquis un développement aussi considérable, il était légèrement douloureux. Aucune tumeur ne se sentait à travers ses parois amincies. Les battements du cœur paraissaient être dans leur état normal; le pouls était fréquent, sans que la peau fût chaude; cinq ou six évacuations alvines avaient lieu dans les vingt-quatre heures La langue était sèche et un peu rouge; l'appétit à peu près nul; la soif peu vive. La respiration était haute, courte; mais ce phénomène paraisssait être uniquement dû au refoulement du diaphragme. L'urine était rouge, sédimenteuse. La peau restait constamment sèche.

Il était bien évident que cette ascite était entièrement indépendante de toute espèce de maladie du cœur. Mais il restait à déterminer si elle était le résultat d'une phlegmasie du péritoine, qui se serait lentement et sourdement développée, si elle n'était pas plutôt liée à un état morbide du foie; si enfin elle n'était point essentielle.

Les hydropisies ascites essentielles, dans le sens que l'on attache ordinairement à ce mot, sont infiniment rares; il était donc au moins probable qu'il y avait ici autre

chose qu'une simple augmentation de l'exhalation de la sérosité, ou qu'un simple défaut d'absorption.

Il y a, à la vérité, des exemples bien constatés de péritonites qui se sont développées sans avoir jamais été annoncées par la moindre douleur ; mais il est bien rare que lorsque l'exhalation est le produit d'une péritonite, elle soit aussi abondante ; le ventre devient tendu, rémittent ; les intestins, soudés, se dessinent plus ou moins à travers les parois abdominales, et la fluctuation est souvent bien obscure, soit en raison de la quantité ou des qualités du liquide épanché, soit parce que, logé dans une foule de poches dont les fausses membranes forment les parois, il ne peut pas céder en masse au choc qui lui est imprimé par la main.

En procédant ainsi par voie d'exclusion, nous fûmes porté à regarder le foie comme la cause de l'ascite, bien que la maladie n'eût été annoncée par aucune espèce de symptôme local.

Mais d'autres organes étaient encore souffrants ; la sécheresse de la langue, l'anorexie, la diarrhée qui avait paru et disparu plusieurs fois, annonçaient l'irritation des voies digestives ; il ne semblait pas d'ailleurs, ainsi qu'on l'observe quelquefois, que l'abondance du liquide épanché dans le péritoine fût diminuée par l'abondance des selles ; le dévoiement était donc sans avantage et ne pouvait qu'affaiblir le malade.

Quelle médication fallait-il faire ? calmer avant tout l'irritation de la muqueuse gastro-intestinale ; apaiser les douleurs abdominales, et chercher à mettre sous peu de jours le malade en état de supporter l'opération de la paracentèse, qui était indiquée par la gêne extrême de la respiration, et par l'anxiété générale qui résultait de la distension énorme du ventre. En conséquence, du 25 au 30, des tisanes adoucissantes furent prescrites : *eau d'orge gommée*, *eau de veau émulsionnée*, *des embrocations d'huile de camomille*, *des fomentations émollientes furent faites sur le ventre*, *des bains tièdes furent donnés*. Le malade prit pour toute nourriture trois bouillons et trois vermicelles chaque jour. Pendant ce temps, sa langue s'humecta et perdit sa rougeur, le dévoiement se modéra, le pouls perdit sa fréquence, et l'ascite générale diminua.

Le 30, la ponction fut pratiquée ; un liquide transparent, incolore, s'écoula ; plusieurs fois l'écoulement s'arrêta tout à coup, et l'on fut obligé d'introduire un stylet dans la canule du troquart, pour écarter les anses intestinales qui oblitéraient momentanément l'orifice de la canule. Le malade se sentit immédiatement soulagé ; la nuit il dormit bien. Le lendemain matin, il ne se plaignait d'aucune douleur au ventre ; il disait que sa poitrine avait été débarrassée d'un poids énorme qui s'opposait à sa dilatation. Il avait uriné beaucoup plus abondamment que les jours précédents. Cette abondance plus grande des urines, à la suite de l'opération de la paracentèse, a été fréquemment observée ; on a cherché à s'en rendre compte, en supposant que le rein soumis à une compression moins forte après l'évacuation du liquide exerçait plus librement ses fonctions.

Vainement cherchâmes-nous à constater la présence de quelque tumeur à travers les parois abdominales affaissées ; nous n'en découvrîmes aucune.

Le liquide avait été évacué ; il fallait empêcher qu'il ne se reproduisît ; on n'aurait pas pu sans inconvénients solliciter par des drastiques de nombreuses évacuations alvines chez un individu dont les voies digestives avaient été récemment frappées de phlegmasie. Au contraire l'augmentation qu'avait subie depuis la veille le cours des urines, paraissait être une voie ouverte par la nature, qu'il ne fallait pas négliger de suivre. Le malade prit *de la tisane de chiendent nitrée édulcorée avec le sirop des cinq-racines*, *quatre onces chaque jour du vin diurétique amer de la Charité*, l'intérieur des cuisses fut frictionné soir et matin avec *un mélange d'alcool camphré*, *de teinture de digitale et de teinture de cantharides*. Un quart lui fut accordé.

Les jours suivants un peu de liquide continua à s'écouler à travers la plaie faite par le troquart. Jusqu'au 7 avril les urines furent abondantes et très-limpides. Les fonctions digestives étaient dans l'état le plus satisfaisant : le pouls était sans fréquence ; les forces revenaient un peu.

Mais ce bien-être ne fut que passager. Le 10 avril, les urines commencèrent à devenir de nouveau rares et sédimenteuses ; le volume du ventre s'accrut très-rapidement, et, le 15, la collection était aussi considérable que lors de l'entrée du malade à l'hôpital. Une seconde ponction fut pratiquée ; une sérosité, aussi limpide que la première fois, s'écoula. Le 16, le 17 et le 18, l'abdomen resta affaissé ; mais cette fois les urines ne devinrent ni plus abondantes, ni plus claires. On ajouta vainement aux diurétiques ci-dessus indiqués le *miel scillitique nitré*, *la décoction du petit houx*, dont l'action spéciale sur les reins a été préconisée. Il ne se manifesta non plus aucune espèce de tendance à la sueur.

Dans cette impuissance de la nature et de l'art, M. Lerminier essaya un moyen que les praticiens anglais ont vanté comme un spécifique contre les affections du foie et contre l'hydropisie qui les accompagne, et qui a été aussi employé en France : l'abdomen, surtout vers l'hypocondre droit, et la partie interne des cuisses, furent frictionnés chaque soir avec *deux gros d'onguent napolitain*. *Du calomel* fut en même temps donné à l'intérieur, sous forme pilulaire, *à la dose de dix grains tous les deux jours*. Ce traitement fut commencé le 10 avril ; le 26, les gencives commencèrent à se gonfler; le 28, un léger ptyalisme était établi ; une ou deux selles avaient lieu en vingt-quatre heures : l'usage du mercure fut suspendu , il n'avait produit aucun bien évident. Loin de là, le volume du ventre était redevenu énorme ; et de plus, les jambes, pour la première fois, s'étaient œdématiées. Le malade demandait la ponction avec instance. Elle fut pratiquée le 30 avril, quinze jours après la seconde. Le ptyalisme ne cessa que le 2 mai ; et quatre ou cinq jours après la ponction, l'abdomen avait déjà acquis un volume aussi considérable qu'auparavant; l'œdème des jambes persistait. Le 10 mai, quatrième ponction suivie, comme les précédentes, d'un soulagement momentané. *Limonade nitrée*, *sirop antiscorbutique*. Jusqu'au 27 mai, légère rougeur de la langue, pouls un peu fréquent, urines rares, mais claires.

Le 27 mai, distension énorme du ventre : cinquième ponction. Dès le lendemain, l'ascite était déjà presque revenue au même point que la veille avant la ponction. Dix jours après, le 6 juin, la gêne extrême de la respiration nécessita une sixième ponction; et le 20 une septième dut encore être pratiquée. Cependant, sous l'influence de pertes aussi abondantes, le malade perdait chaque jour ses forces ; son dépérissement était évident. Rien n'était plus variable que l'état de son pouls ; du jour au lendemain nous le trouvions rare, fréquent, mais toujours très-faible. Cet état du pouls paraissait être en rapport avec l'état de la langue, que nous trouvions aussi alternativement rouge ou pâle, sèche ou humide. Enfin, à compter du 16 juin, la rougeur de la langue devint permanente, et une diarrhée abondante, avec ténesme et selles sanguinolentes, s'établit spontanément. Les tisanes les plus adoucissantes furent de nouveau prescrites ; des lavements émollients furent donnés chaque jour. Les symptômes de dyssenterie disparurent ; mais les évacuations alvines continuèrent à être fréquentes ; bien que séreuses et abondantes, elles n'eurent aucune influence sur la collection péritonéale, qui, le 30 juin, exigea une huitième ponction. Cette fois, nous observâmes, au milieu du liquide, un assez grand nombre de flocons albumineux. Cependant, aucune douleur n'avait annoncé ce produit de l'inflammation de la séreuse.

Pendant le cours du mois de juillet, quatre nouvelles ponctions furent pratiquées à des époques très-rapprochées les unes des autres. Le liquide représenta toujours un plus ou moins grand nombre de flocons. La faiblesse toujours croissante du malade semblait à la vérité les contr'indiquer ; mais, d'un autre côté, la suffocation, qui devenait

imminente à mesure que son ventre se distendait, réclamait impérieusement l'évacuation du liquide.

Pendant tout ce mois, et dans le commencement du suivant, les signes de l'inflammation de l'estomac et du gros intestin persistèrent; le pouls fut constamment fréquent.

La douzième et dernière ponction eut lieu le 29 juillet.

Du 30 juillet au 9 août, l'abdomen ne se distendit que médiocrement; mais l'altération profonde des traits de la face, une sorte de matière pulvérulente répandue sur les cornées transparentes, le refroidissement de la peau, annonçaient la fin prochaine du malade; le 6 août, la cornée du côté gauche s'ulcéra superficiellement. La mort eut lieu le 11 août, sans agonie, sans trouble marqué des facultés intellectuelles.

OUVERTURE DU CADAVRE.

18 *heures après la mort.*

Crâne. Infiltration séreuse assez considérable dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, sérosité dans les ventricules latéraux, substance cérébrale saine. Une petite production osseuse, de forme irrégulière, ayant entièrement la consistance d'une des lames des os du crâne, et présentant la plus parfaite ressemblance avec une esquille détachée d'un de ces os, existait sur le côté gauche de la face du cerveau. Elle adhérait à la face interne de l'arachnoïde qui tapisse en cet endroit la dure-mère, par du tissu cellulaire qu'on ne rompait qu'avec une certaine force. Ainsi, elle était évidemment contenue dans la cavité de l'arachnoïde. Elle avait environ un pouce et demi d'étendue dans son plus grand diamètre.

Thorax. Les poumons, très-petits, ne descendant pas plus bas que la cinquième côte, ne présentaient cependant pas un tissu plus dense que lorsqu'ils peuvent librement se dilater. Ils semblaient plutôt avoir subi une sorte d'atrophie.

Le cœur, vide de sang, était remarquable par sa petitesse, sa pâleur, et l'extrême flaccidité de ses parois.

Abdomen. Une grande quantité de sérosité citrine, transparente, s'écoula au moment où les parois abdominales furent incisées. L'on ne trouva dans la cavité du péritoine aucune trace de flocon, et cette membrane, soigneusement examinée, ne présenta pas le moindre vestige de phlegmasie.

Le foie, remarquable par sa petitesse, n'occupait qu'une très-petite partie de l'hypocondre droit. Sa surface extérieure présentait de toutes parts une foule de bosselures irrégulièrement arrondies. Incisé par une coupe nette, il offrait une série de petits lobes rougeâtres, arrondis, que circonscrivaient tantôt des lignes sinueuses d'un gris blanchâtre, tantôt des plaques de même couleur. La grandeur des lobes était variable : l'aire des plus considérables égalait à peine le diamètre d'une pièce de cinq sous; les plus petits n'étaient plus que de simples points, des espèces de grains. On les séparait facilement, sans les déchirer, des espèces de loges dans lesquelles ils étaient logés, et aux parois desquelles ils ne semblaient adhérer que par un tissu cellulaire lâche. Ainsi séparés, ils présentaient une forme irrégulièrement arrondie, et leur volume variait depuis celui d'un gros pois jusqu'à celui d'un grain de chènevis. Incisés, ils présentaient un tissu rougeâtre, qui devenait d'un gris jaunâtre par le lavage, et qui offrait la plus grande analogie avec le tissu ordinaire du foie. Le tissu intermédiaire à ces lobes, disposé en forme de lignes ou de plaques, semblait être de nature fibreuse il était creusé de nombreux vaisseaux. C'est lui qui formait les parois des cavités où

étaient enchatonnés les lobules (1). C'étaient ceux-ci qui, proéminant à l'extérieur, formaient les bosselures, et donnaient au foie l'aspect d'un rein de fœtus.

La vésicule du fiel était pleine d'une bile qui paraissait avoir ses qualités ordinaires. Les vaisseaux qui entrent dans le foie ou qui en partent étaient dans leur état habituel.

La rate n'offrait rien de remarquable.

L'estomac, fortement resserré, présentait sur la plus grande partie de sa surfaec interne une couleur rouge intense qui existait dans la muqueuse : celle-ci n'était d'ailleurs ni ramollie, ni sensiblement épaissie. Un amas de mucus verdâtre, épais, puriforme, semblable à celui qui recouvre souvent la muqueuse pharyngienne enflammée, la tapissait.

L'intestin grêle, dans son tiers supérieur, y compris le duodénum, ne présentait qu'une très-légère injection ; mais dans le reste de son étendue jusqu'au-dessous de la valvule iléo-cœcale, la muqueuse était aussi rouge que dans l'estomac. Non loin du cœcum, elle présentait d'espace en espace des érosions oblongues plutôt que de véritables ulcérations, que recouvrait une matière blanchâtre, pultacée, membraniforme.

A la face inférieure de la valvule, la couleur changeait brusquement ; d'un rouge vif dans l'intestin grêle, elle devenait d'un gris ardoisé foncé dans le cœcum et dans les diverses portions du colon. Cette teinte résidait dans la muqueuse, et semblait due surtout à l'injection d'une foule de petites veines. Au milieu de cette teinte brunâtre apparaissaient par intervalles de petites taches blanches, exactement arrondies, d'une à deux lignes au plus de diamètre, et circonscrite par un cercle d'un noir foncé : là où elles existaient, la muqueuse paraissait être détruite.

L'altération de texture du foie, dont cette observation fournit un exemple, est très-rare, portée à ce degré. Il semblerait d'ailleurs qu'elle consiste principalement dans une exagération des deux substances qui, par leur ensemble, constituent le parenchyme hépatique.

Ses symptômes furent très-obscurs : jamais on ne put constater ni douleur, ni tumeur dans la région du foie. Il est impossible de dire quand elle commença. Les premiers phénomènes morbides existèrent du côté des voies digestives (diarrhée), puis une ascite se manifesta. Pendant tout le temps que nous observâmes le malade, la membrane muqueuse gastro-intestinale et le péritoine parurent être les deux seuls organes souffrants. L'ouverture du cadavre démontra seule l'affection du foie ; affection qui fut très-vraisemblablement la cause de l'ascite, par obstacle apporté au libre cours du sang de la veine porte. C'est encore là une espèce d'obstruction du foie.

(1) On reconnait dans cette description l'hypertrophie simultanée des deux substances du foie.

Un assez grand nombre de médicaments stimulants, employés chez cet individu, parurent n'avoir qu'un effet nuisible : les différents diurétiques qu'on mit en usage ne firent qu'irriter d'une manière fâcheuse la membrane muqueuse gastro-intestinale, sans augmenter la sécrétion urinaire.

Les frictions mercurielles, administrées de manière à produire la salivation, furent sans efficacité et sur la maladie du foie et sur l'ascite.

Nous ferons remarquer encore la grande quantité de ponctions qui furent pratiquées en un court espace de temps, et l'extrême rapidité avec laquelle la sérosité se reproduisait dans le péritoine, après qu'on l'avait évacuée. Plusieurs fois la sécrétion urinaire devint plus abondante, immédiatement après la ponction.

M. Roger, élève interne des hôpitaux, nous a remis une note sur un état du foie qu'il a rencontré à l'hôpital Saint-Louis, qui offre beaucoup de rapports avec celui que nous venons de décrire. Ce foie fut trouvé chez une fille âgée de quarante-six ans, qui succomba à une péritonite. Il n'avait pas augmenté de volume, mais sa forme était changée. Il offrait celle d'un ovoïde, divisé en un grand nombre de lobules; sa consistance était plus grande que dans l'état naturel; sa couleur n'était point altérée. En incisant son tissu, on entendit crier l'instrument; les endroits qui présentaient cette résistance étaient constitués par un tissu disposé en lignes sinueuses, qui avaient la densité et l'aspect perlé des aponévroses. Ce tissu semblait être la membrane de Glisson, épaissie sur les vaisseaux qu'elle enveloppe. La forme lobulée qu'avait le foie à l'extérieur, était parfaitement représentée dans son intérieur. La membrane de Glisson, épaissie, décrivait des cercles correspondant au pourtour des lobules extérieurs. Le lobe de Spiegel était ainsi divisé en six lobules très-distincts.

§ II. ALTÉRATION DE NUTRITION DU FOIE AVEC DIMINUTION DE SON VOLUME. (ATROPHIE.)

XIXe OBSERVATION.

Atrophie du foie. Apparence cellulo-fibreuse de son tissu. Ascite. Gastro-antérite chronique.

Un polisseur en acier, âgé de 56 ans, entra à la Charité le 27 janvier 1820. A la suite de violents chagrins domestiques, il quitta Versailles qu'il habitait, et vint se loger à

Paris dans une rue étroite et humide du quartier de la Cité. Jusqu'alors il avait joui d'une bonne santé ; seulement il y a seize ans, il avait eu une fluxion de poitrine, et il était sujet aux hémorrhoïdes depuis sa jeunesse. Peu de temps après son arrivée à Paris, il perdit l'appétit ; l'introduction des aliments dans l'estomac était parfois douloureuse ; ils étaient vomis de temps en temps, et par intervalle le dévoiement survenait; lorsqu'il cessait il était remplacé par une forte constipation. Cet homme, qui jusqu'alors avait eu beaucoup d'embonpoint, maigrit rapidement. Dix-huit mois après que ces symptômes du côté des voies digestives eurent commencé à se manifester, il s'aperçut en même temps que sa face et ses membres maigrissaient de plus en plus ; son ventre au contraire augmentait de volume, sans qu'il y ressentît d'ailleurs aucune douleur.

Lorsque nous vîmes ce malade, l'abdomen était le siége d'un épanchement considérable, qui donnait lieu à une fluctuation non douteuse. Les membres inférieurs étaient infiltrés (le malade nous assure que cet œdème des membres n'était survenu que longtemps après que l'abdomen avait commencé à se tuméfier). Pressé dans les divers points de son étendue, le ventre ne parut douloureux nulle part ; la face était pâle et maigre ; la langue était couverte d'un enduit jaunâtre, sans rougeur ; des rapports acides avaient lieu fréquemment ; l'introduction dans l'estomac de tout aliment solide ou de vin était suivie d'une douleur assez vive à l'épigastre, l'appétit était nul ; le malade se plaignait surtout d'avoir pour le pain un insurmontable dégoût ; il ne se nourrissait depuis longtemps que de lait, d'échaudés, et de quelques légumes. Depuis un mois la diarrhée avait été continuelle ; huit à dix selles, formées par une matière liquide semblable à de l'eau colorée en jaune, avaient lieu chaque jour ; le pouls avait une légère fréquence sans que la peau fût chaude; les urines étaient rares, d'un rouge brunâtre, et chargées d'un abondant sédiment. Il n'y avait aucune trace d'ictère, et la coloration des évacuations alvines démontrait qu'il y avait flux de bile dans le duodénum.

L'existence d'une gastro-entérite chronique n'était pas douteuse ; sans doute elle avait joué un grand rôle dans le dépérissement progressif du malade. Quant à la cause de l'hydropisie, elle échappait à l'investigation ; mais il nous parut probable qu'elle était liée à une affection du foie.

Pendant les deux mois suivants, nous vîmes cet individu dépérir de plus en plus ; l'hydropisie n'augmenta ni ne diminua. Chaque fois qu'on essaya de la combattre par des médicaments auxquels une propriété diurétique est attribuée (*petit houx, chiendent, nitre, préparations de scille, digitale*), on fut obligé de les suspendre, parce qu'ils n'avaient d'autre effet que d'augmenter l'irritation gastro-intestinale. Des frictions avec la teinture de digitale n'eurent pas plus d'efficacité. On essaya le mercure en frictions sur l'abdomen, et l'on n'obtint pas plus de résultat. Enfin la langue rougit et se sécha ; la diarrhée, qui n'avait jamais cessé, devint plus abondante ; un délire vague survint ; le malade se prostra de plus en plus, et succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Face et membres thorachiques très-maigres ; infiltration des membres abdominaux, du scrotum, du pénis et des parois abdominales; sérosité limpide, un peu verdâtre, accumulée en grande quantité dans le péritoine ; anses intestinales flottant au milieu de cette sérosité, et comme lavées par elle. Pas de traces d'inflammation actuelle ou passée de la membrane séreuse.

Le foie est remarquable par son très-petit volume. Le lobe gauche ne consiste qu'en une languette mince, surajoutée au lobe droit. Celui-ci est lui-même beaucoup moins

considérable que d'ordinaire. A l'extérieur, il a une couleur d'un vert grisâtre. Il présente à l'incision une résistance inaccoutumée; en quelques endroits, il crie véritablement sous le scalpel. On ne trouve presque plus de trace des deux substances ordinaires du foie, mais seulement un tissu blanchâtre, d'une grande densité d'apparence cellulo-fibreuse, et qui semble très-peu vasculaire. Dans les conduits hépatique et cholédoque, ainsi que dans la vésicule, on trouve une certaine quantité de bile jaune, peu épaisse. Les parois de la vésicule sont infiltrées.

L'estomac présente dans ses deux portions des altérations différentes. Vers le grand cul-de-sac (portion splénique), la membrane muqueuse est vivement injectée (aspect pointillé), sans être d'ailleurs notablement ni ramollie ni épaissie. Dans la portion pylorique, la membrane muqueuse a une teinte brunâtre ; elle est rugueuse, inégale, considérablement épaissie, offre de la résistance à la déchirure ; au-dessous d'elle, près du pylore, on trouve le tissu lamineux plus dense, plus épais que de coutume. La surface interne du duodénum offre une teinte brunâtre pareille à celle de l'estomac. Dans le cinquième inférieur de l'iléum, ainsi que dans le cœcum et le colon ascendant, existent de nombreuses ulcérations, dont l'ancienneté est prouvée par l'épaississement et la couleur brunâtre du tissu cellulaire qui en constitue le fond. Entre elles, la membrane muqueuse est assez vivement injectée. Cette injection existe, sans ulcération, dans le colon transverse, et jusque dans le rectum. La rate est petite et dense. Le cœur est vide de sang, flasque et décoloré. Une assez notable quantité de sérosité existe dans les ventricules cérébraux et à la base du crâne.

Voilà encore une grave altération du foie, dont la formation n'est annoncée par aucun symptôme caractéristique. Quel fut son point de départ? Précéda-t-elle ou suivit-elle l'inflammation gastro-intestinale? les chagrins éprouvés par le malade eurent-ils quelque influence sur son développement? cette atrophie du foie, ce changement de son parenchyme ordinaire en un tissu comme cellulo-fibreux, ces altérations de nutrition reconnaissent-elles pour cause un travail phlegmasique? ne sont-elles pas plutôt le résultat d'un travail tout opposé, n'y a-t-il pas quelque analogie à établir entre ce foie qui diminue de volume, et dont le parenchyme ordinaire tend à se métamorphoser en une simple trame celluleuse et fibreuse, et ces organes qui, lorsqu'ils s'atrophient, ne laissent plus à leur place que du tissu cellulaire ou des cordons fibreux? (Thymus, artères et veines, etc.)

Ainsi atrophié, endurci, altéré dans sa texture, ce foie ne livrait plus vraisemblablement un libre passage au sang de la veine porte : de là, la production de l'ascite, et plus tard celle de l'œdème des membres abdominaux.

Cependant, tout altéré qu'il était, et privé d'une partie des vaisseaux qui paraissaient s'être oblitérés, ce foie sécrétait encore de la bile, et aucun ictère n'eut jamais lieu. Dans l'observation suivante, où nous

trouverons une altération du foie absolument semblable, nous constaterons au contraire l'existence d'un ictère. Ainsi, plus nous avançons, et plus nous voyons se multiplier les preuves de cette assertion, savoir, que la production de l'ictère dépend d'autres conditions que de la nature même de l'altération du foie.

La rougeur et la sécheresse de la langue, survenues dans les derniers jours, l'augmentation du flux intestinal, la prostration qui accompagna ces symptômes, dépendirent sans doute d'une exaspération de l'ancienne phlegmasie des voies digestives; la rougeur, sans ramollissement, de la portion splénique de l'estomac, était vraisemblablement la lésion organique qui correspondait à cette exaspération. Il est vraisemblable que dans beaucoup de cas l'estomac peut se congestionner ainsi sans qu'il en résulte des symptômes bien graves; mais s'établissant chez un individu déjà profondément affaibli, cette congestion fut promptement mortelle. Tant il est vrai qu'en principe général ce n'est point de l'intensité des lésions que dépend la gravité des symptômes, mais bien de la disposition où ces lésions trouvent les individus chez lesquels elles surviennent.

XXe OBSERVATION.

Atrophie du foie, avec apparence cellulo-fibreuse de son tissu. Hydropisie. Ictère. État sain du tube digestif. Érysipèle gangréneux d'un membre.

Un maquignon, âgé de 52 ans, avait une ascite et une infiltration considérable des membres inférieurs, lorsqu'il entra à la Charité; de plus, les conjonctives et toute la surface cutanée présentaient une couleur jaune-verdâtre. Il nous dit que depuis plusieurs années il était hydropique et jaune. Il y avait déjà quelque temps qu'il perdait ses forces et son embonpoint, sans que son appétit eût été d'ailleurs jamais diminué, lorsqu'il s'aperçut que son ventre augmentait de volume; à peu près à la même époque, il commença à devenir jaune. Il nous assura n'avoir jamais éprouvé ni douleur ni gêne à la région du foie : l'abdomen palpé n'était douloureux nulle part, on n'y reconnaissait aucune tumeur; la langue avait son aspect naturel; l'appétit était conservé, l'introduction des aliments dans l'estomac ne donnait lieu à aucun malaise local ou général; les selles étaient rares, mais colorées comme chez un individu bien portant; le pouls était sans fréquence. Le malade était plein de gaieté et d'espérance.

Peu de jours après son entrée, la ponction fut pratiquée; deux autres furent faites dans les trois semaines suivantes : mais chaque fois le liquide péritonéal se reproduisit avec une étonnante rapidité. *Les frictions avec la teinture de digitale et le vin scillitique, la tisane de chiendent nitrée*, n'augmentèrent pas la sécrétion urinaire Cependant le malade s'affaiblissait, et son appétit avait diminué, lorsqu'à la suite de scarifications pratiquées sur les deux membres abdominaux considérablement œdématiés, une rougeur livide s'empara de la peau de la jambe droite; le troisième jour de l'apparition de

cette rougeur, la peau où elle s'était manifestée était déjà frappée de gangrène; en même temps prostration rapide. Mort six jours après l'invasion de l'érysipèle.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'état du foie et de ses dépendances était tellement semblable à celui décrit dans la dix-neuvième observation, que, pour éviter des répétitions, nous renvoyons à cette description. La rate était de volume et de consistance ordinaires.

Le tube digestif, examiné avec le plus grand soin, ne présenta aucune lésion appréciable.

On trouva dans le péritoine une très-grande quantité de sérosité limpide sans trace de péritonite.

Rien de remarquable dans les autres organes.

Cette observation, dans laquelle nous trouvons une altération du foie exactement semblable à celle décrite dans la dix-neuvième observation, qui nous offre, comme celle-ci, absence complète de douleur du côté du foie et production l'hydropisie, en diffère, 1° par l'existence de l'ictère, qui survint, bien que pendant la vie la bile parût couler librement dans le duodénum, comme le démontrait la nature des selles; 2° cette observation diffère encore de la dix-neuvième par l'absence de tout symptôme de gastro-entérite actuelle ou passée, et par l'état très-sain dans lequel fut trouvé, après la mort, le tube digestif.

L'affaiblissement graduel du malade parut être le double résultat et de l'affection du foie, et de la déperdition de sérosité qu'éprouva le malade, l'ascite s'étant très-rapidement reproduite après chacune des trois ponctions qui furent pratiquées successivement dans un assez court espace de temps. Ces ponctions eurent donc réellement un effet nuisible; car sans elles, moins de sérosité serait sortie du sang. Nous voyons encore ici les diurétiques être sans efficacité. On comprend qu'ils pourraient avoir plus d'influence s'il s'agissait de remplacer une sécrétion active par une autre. Mais ici il faudrait pouvoir enlever l'obstacle mécanique qui, s'opposant à ce que le sang veineux traversât librement le foie, forçait la partie la plus ténue de ce sang à transsuder à travers les capillaires veineux.

La mort fut évidemment le résultat de l'érysipèle gangréneux qui s'empara de la peau de l'une des jambes à la suite des sacrifications. Certes, la terminaison de cet érysipèle par gangrène ne sera point ici attribuée à un excès d'inflammation.

XXIe OBSERVATION.

État granuleux du foie, avec augmentation de sa densité et diminution de son volume. Hydropisie. Absence d'ictère et de douleur. Inflammation gastro-intestinale.

Un homme de 67 ans, ancien horloger, ayant fait toute sa vie abus de liqueurs alcooliques, vit, en 1814, sa maison livrée au pillage, et sa fortune détruite. Réduit, les années suivantes, à un état voisin de la mendicité, il eut encore le chagrin de perdre plusieurs de ses enfants ; cependant sa santé se conserva bonne jusque vers le milieu du mois de mai 1821. Il s'aperçut alors que le pourtour des malléoles était œdématié. Cet œdème augmenta jusqu'au mois de juin, époque à laquelle le malade, se sentant très-affaibli, ne quitta plus la chambre. L'hydropisie s'étendit peu à peu aux cuisses et à l'abdomen ; la respiration se conserva toujours libre ; il n'y eut jamais aucune douleur abdominale. Vers la fin d'octobre, la distension du ventre était énorme ; la ponction fut alors pratiquée.

Entré à la Charité le 19 décembre 1821, cet individu offrit l'état suivant :

Amaigrissement de la face et des membres, fluctuation évidente dans l'abdomen, qui est fortement tuméfié et d'ailleurs indolent ; enflure considérable des membres abdominaux ; la peau de la jambe droite, d'un rouge livide, présente de nombreuses gerçures, à travers lesquelles une assez grande quantité de sérosité s'écoule spontanément. La respiration, libre jusqu'alors, est devenue récemment gênée (résultat probable du refoulement du diaphragme par la sérosité péritonéale).

Toux légère ; la percussion et l'auscultation ne font reconnaître, dans les organes thoraciques, d'autres lésions appréciables que du râle bronchique humide en différents points, surtout à gauche en arrière.

Pouls très-petit, fréquent, et présantant une grande irrégularité sous le rapport de la force et du retour des battements ; langue humide et vermeille ; soif médiocre ; assez d'appétit ; selles ordinaires ; urines rares, mais limpides (*tisane de chiendent nitrée ; six pilules de calomélas et de savon, composées chacune d'un grain de calomélas et de trois grains de savon*).

Le 22, la ponction fut pratiquée. Un seau de sérosité limpide s'écoula. Malgré l'affaissement des parois abdominales, on ne put reconnaître aucune tumeur, soit dans l'hypocondre droit, soit ailleurs (*quatre onces de vin scillitique composé et deux tasses de vin* furent ajoutées à la prescription des jours précédents).

Du 22 au 25, le malade dit se trouver très-bien ; mais, dans la matinée de ce dernier jour, un notable changement était survenu chez lui, sous le rapport de l'état des voies digestives ; un dégoût complet pour les aliments avait succédé à l'appétit, jusqu'alors conservé ; la langue était sèche et brune ; plusieurs selles liquides avaient eu lieu ; la fréquence du pouls était singulièrement augmentée (*cent trente-trois battements par minute*). Les mêmes médicaments furent continués.

Le 26, altération des traits de la face ; prostration considérable ; augmentation de la sécheresse et de la couleur brune de la langue ; épreintes très-pénibles ; selles glaireuses et sanguinolentes ; pouls à peine sensible, d'une remarquable irrégularité ; urine rouge et trouble. Réapparition de l'ascite (*lavement de guimauve et de pavot ; dix sangsues à l'anus ; tisane d'orge gommée pour boisson*).

Point de changement notable du 26 au 30. Ce jour-là le ventre présentait un volume aussi considérable qu'avant la ponction : une seconde fut pratiquée. Le malade se sentit momentanément soulagé ; mais le lendemain, la prostration parut plus grande que jamais. La face était remarquablement amaigrie ; le malade présageait sa fin prochaine.

De continuels vomissements eurent lieu pendant la journée ; une douleur brûlante était ressentie au fondement. Depuis trois jours il n'y avait qu'une selle en vingt-quatre heures. Les jours suivants, le dévoiement reparut ; le pouls devint de plus en plus faible, les vomissements persistèrent, et le malade s'éteignit sans avoir présenté le moindre trouble dans ses facultés intellectuelles.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Marasme de la face et des membres supérieurs ; infiltration considérable des cuisses et des jambes ; ascite.

Foie d'une remarquable petitesse, n'occupant qu'une faible partie de l'hypocondre droit, d'une couleur brunâtre. Vu à l'extérieur, il paraissait comme contracté, ridé, resserré sur lui-même. A l'incision, il offrait un tissu très-dense. Au lieu de présenter sa substance rouge ordinaire, séparée en aréoles par de nombreuses lignes ou circonvolutions blanches, il semblait uniquement composé d'un nombre infini de granulations, d'un vert brunâtre, du volume d'un grain de millet, pressées les unes contre les autres; peu de sang s'en écoulait par l'incision. Une très-petite quantité de bile décolorée, ne semblant être composée que d'eau, d'albumine, et d'un peu de matière colorante jaune, était contenue dans la vésicule. Rien de remarquable dans les canaux hépatique, cystique et cholédoque.

La surface interne de l'estomac, que distendaient des liquides, présentait une rougeur à peu près uniforme depuis le cardia jusqu'aux environs du pylore : cette rougeur résidait dans la membrane muqueuse, qui, un peu épaissie, avait d'ailleurs conservé sa consistance ordinaire. L'intestin grêle contrastait, par sa blancheur, avec la rougeur de l'estomac ; seulement, dans l'étendue d'un pied au-dessus du cœcum, apparaissaient à sa face interne de petits corps rougeâtres, arrondis, paraissant être des cryptes muqueux enflammés. Couleur noirâtre, et épaississement manifeste de la membrane muqueuse du cœcum et du colon ascendant. Colon transverse blanc ; rougeur lie-de-vin de la face interne du reste du gros intestin, jusqu'à son extrémité anale. Cette rougeur résidait entièrement dans la muqueuse, dont l'épaisseur était au moins triple de celle qui lui est naturelle ; sa consistance était aussi notablement augmentée ; elle était recouverte et comme enduite par une matière d'un gris rougeâtre, demi-solide, comme pulpeuse, assez semblable à de la lavure de chair.

Thorax. Une grande quantité de sang noir liquide remplissait les quatre cavités du cœur, *qui était d'ailleurs sain* ; il n'y avait non plus aucune altération appréciable dans les gros vaisseaux qui partent de cet organe ou qui s'y rendent. Rougeur générale des bronches, une sérosité spumeuse, incolore, s'écoulait du parenchyme pulmonaire par l'incision.

Crâne. Infiltration séreuse considérable du tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères. La substance cérébrale était remarquable par sa grande mollesse (l'ouverture du cadavre avait été faite cependant dix-sept heures seulement après la mort). On eût dit que cette substance était aussi comme infiltrée de liquide.

Du milieu de la face interne du corps strié du côté droit, s'élevait un petit corps blanchâtre, friable, du volume d'un pois ordinaire, enfoncé d'une à deux lignes dans la substance grise du corps strié qui était parfaitement saine autour de lui.

Cette observation fournit un exemple remarquable de l'altération par-

ticulière du foie, que l'on peut désigner sous le nom d'état granuleux de cet organe, état qui avait déjà été signalé par Morgagni chez plusieurs hydropiques, et qui ne nous paraît pas avoir assez fixé l'attention des observateurs modernes. Ici cet état granuleux avait acquis, si l'on peut ainsi dire, son maximum de développement. Tout le parenchyme hépatique ne consistait véritablement plus qu'en granulations agglomérées et groupées les unes auprès des autres. Toutefois il n'y en avait aucune qui fût visible à l'extérieur de l'organe. Celui-ci était en même temps diminué de volume, et semblait atrophié; mais, comme nous avons essayé de le développer plus haut (chapitre premier), cette atrophie ne portait véritablement que sur un des éléments anatomiques du foie, tandis qu'un ou plusieurs autres de ses éléments semblaient s'être hypertrophiés, d'où résultait l'apparition de ces innombrables granulations.

Que si maintenant nous portons notre attention sur les causes qui purent exercer quelque influence sur cette remarquable altération du foie, nous trouverons l'abus des liqueurs alcooliques, et de profonds chagrins, survenus à une époque où le système nerveux dévié par les passions de son état normal, tend surtout à modifier dans leur organisation, dans leurs fonctions, dans leurs propriétés vitales, l'appareil digestif et ses annexes. Rien ne nous prouve d'ailleurs que, dans ce cas, l'affection du foie ait été précédée d'une affection aiguë ou chronique du tube digestif. L'invasion de la maladie du foie fut très-obscure : aucune douleur, aucune tuméfaction de l'hypocondre, aucune trace d'ictère ne l'annonça; seulement les forces diminuèrent, l'embonpoint se perdit, et après que ces phénomènes eurent seuls dénoté, pendant un certain temps, qu'un organe important de l'économie était affecté, des traces d'hydropisie se manifestèrent. Mais celle-ci affecta une marche qui n'est pas celle qu'on rencontre ordinairement dans les maladies du foie. Commençant par la partie inférieure des membres abdominaux, s'étendant progressivement, et de bas en haut, aux jambes, puis aux cuisses; ne gagnant le péritoine que consécutivement, n'eût-on pas dit qu'elle dépendait d'une affection organique du cœur? Un nouveau phénomène contribuait encore, si je puis ainsi dire, à donner le change sur le véritable siége de la maladie; c'était la grande irrégularité du pouls : et cependant le cœur était exempt de toute altération organique, la cause de l'hydropisie résidait dans le foie. Ainsi, en médecine, ne cessons pas de répéter que les règles les plus générales ont presque toujours leurs exceptions.

A l'époque où le malade entra à la Charité, les fonctions digestives ne paraissaient pas encore avoir subi de notables altérations; plus tard on vit apparaître des symptômes d'irritation gastro-intestinale; comme dans la plupart des cas où cette dernière survient dans une période avancée des maladies de long cours, elle donna rapidement lieu à cet ensemble de symptômes qui constituent une des variétés de la fièvre dite adynamique. Il y eut ici des symptômes dysentériques bien prononcés, et l'ouverture du cadavre révéla l'existence d'une altération inflammatoire très-grave de la fin du colon et du rectum.

Nous remarquerons en passant, bien que cette circonstance soit étrangère à notre sujet, ce petit tubercule qui était implanté dans le corps strié, et dont aucun signe n'avait révélé l'existence pendant la vie.

ARTICLE III.

OBSERVATIONS RELATIVES AUX PRODUCTIONS ACCIDENTELLES NÉES DANS LE FOIE.

Nous désignons sous ce nom toute matière solide ou liquide formée accidentellement au milieu du parenchyme du foie, telle que de la matière grasse, du pus, du tubercule, de la substance cancéreuse, des kystes séreux, des hydatides.

Parmi ces divers produits, les uns n'apparaissent le plus ordinairement dans le foie qu'à la suite d'un travail évident de phlegmasie; les autres ne sont pas dans tous les cas aussi manifestement précédés par celui-ci : dans d'autres enfin, rien ne prouve que ce travail ait jamais existé.

Nous allons rapporter successivement un certain nombre d'observations propres à faire connaître les symptômes plus ou moins caractéristiques auxquels donnent lieu plusieurs de ces productions.

Nous parlerons d'abord des abcès du foie, sur lesquels M. Louis vient aussi de publier récemment plusieurs observations pleines d'intérêt, et dont les principaux résultats sont d'accord avec ceux auxquels nous conduiront les observations que nous allons citer. Les onze cas qui vont être rapportés, réunis aux cinq relatés par M. Louis, et à un autre que nous avons déjà rapporté plus haut dans ce volume, pourront servir à tracer une histoire à peu près complète des abcès du foie, affection assez rare pour qu'elle n'ait jamais été observée par beaucoup de jeunes

médecins qui ont suivi pendant plusieurs années les cliniques des hôpitaux.

§ Ier. OBSERVATIONS SUR LES ABCÈS DU FOIE.

XXIIe OBSERVATION.

Ictère fébrile. Tuméfaction douloureuse de l'hypocondre droit. Foyers purulents disséminés dans le foie, avec rougeur et ramollissement de son tissu autour d'eux. État sain de tous les autres organes.

Une cardeuse de matelas, âgée de 29 ans, ressentit, sept jours avant son entrée à l'hôpital, un malaise général, de la courbature, puis un frisson, qui dura deux heures environ, et fut suivi d'une forte chaleur qui ne cessa plus. Pendant les deux premiers jours, aucun symptôme caractéristique de la souffrance particulière d'un organe ne se joignit à cet état général, ou qui semblait tel. Le troisième jour, la malade éprouva de la douleur dans la partie inférieure droite du thorax. Le quatrième et le cinquième jour, cette douleur persiste, et s'étend dans l'hypocondre droit. Le sixième, la malade commence à devenir jaune : le septième, elle nous présente l'état suivant.

Teinte jaune de conjonctives et de la face, moins marquée sur la peau du reste du corps ; douleurs vagues dans les membres ; douleur fixe au niveau des dernières côtes droites et au-dessous de ces mêmes côtes ; hypocondre droit tendu, douloureux à la pression. On croit y reconnaître une tumeur, qu'on circonscrit mal, dans l'étendue de deux à trois pouces au-dessous du bord des côtes ; la langue est blanchâtre, sans rougeur, la soif nulle, ainsi que l'appétit, l'épigastre souple, indolent ; les selles sont rares, formées par des matières bien liées, jaunâtres ; les urines sont peu abondantes, orangées ; le pouls est fréquent et dur, la peau brûlante et sèche. La malade change difficilement de position ; ses mouvements sont pénibles, son intelligence est engourdie. Elle se plaint d'être très-faible.

La tuméfaction douloureuse de l'hypocondre droit, l'ictère, la fièvre concomitante, nous parurent annoncer l'existence d'une hypatite aiguë ; rien ne prouvait qu'il y eût en même temps affection des voies digestives. (*Vingt-quatre sangsues à l'anus*, *tisane d'orge miellée*, *diète*).

Le huitième et le neuvième jour, l'air de stupeur, la prostration, déjà fort remarquables le jour de l'entrée de la malade, avaient notablement augmenté. Les yeux étaient ternes, sans expression : la bouche restait entr'ouverte ; les réponses étaient lentes, pénibles, souvent sans justesse : la malade tirait la langue, et l'oubliait entre les lèvres. Toute la surface cutanée était très-jaune ; le pouls, toujours fréquent, conservait de la dureté ; la douleur et la tuméfaction de l'hypocondre persistaient ; aucun nouveau symptôme n'existait du côté des voies digestives (*Vésicatoires aux jambes*).

Le dixième jour, même état.

Le onzième et le douzième jour, on observe tous les symptômes d'une fièvre dite ataxique. La malade reste assoupie, et lorsqu'on cherche à la tirer de son état comateux, elle prononce en balbutiant quelques mots sans suite. Les deux pupilles sont très-dilatées et immobiles ; il n'est pas sûr que la faculté de voir soit conservée. Lorsqu'on pince la peau des membres, la malade les retire assez brusquement. La peau est toujours chaude et sèche, très-jaune, le pouls très-fréquent, irrégulier sous le rapport de la force. La langue, aperçue au fond de la bouche, parut sèche sans être rouge

(cette sécheresse peut dépendre de ce que la bouche reste continuellement entr'ouverte). (*Quinze sangsues derrière chaque oreille ; deux nouveaux vésicatoires aux cuisses, tisane d'orge*).

Treizième jour, mêmes symptômes, et de plus, ballonnement considérable de l'abdomen, constipation, écoulement involontaire de l'urine. (*Lavement avec addition d'un demi-gros de sulfate de quinine*).

Quatorzième jour, coma de plus en plus considérable ; commencement de râle trachéal ; pouls petit, très-irrégulier, très-fréquent. — Mort dans la nuit du quatorzième au quinzième jour.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Teinte jaune très-intense de toute la surface cutanée, embonpoint assez considérable, formes bien conservées. En palpant l'hypocondre droit, on circonscrit le bord tranchant du foie à deux travers de doigt au-dessous du rebord des côtes. L'abdomen est considérablement ballonné.

Les parois abdominales ayant été enlevées, on trouva que le foie dépassait de quelques pouces le rebord des côtes, il ne s'étendait pas dans l'hypocondre gauche. A l'extérieur il était d'un rouge vif, et sur trois points de sa surface convexe, on apercevait de petites taches d'un blanc jaunâtre. En incisant sur chacune de ces taches, on pénétra dans un petit foyer purulent qui aurait pu contenir une noisette. Dans l'intérieur même du foie, étaient disséminées sept à huit autres collections purulentes, dont les plus grandes auraient pu admettre une noisette, comme les trois précédentes, et dont les plus petites ne semblaient en quelque sorte constituées que par une gouttelette de pus. Les parois des cavités où était logé le pus n'étaient tapissées que par une couche membraniforme mince, non organisée, qui ne semblait en être que la partie la plus concrète. Partout le parenchyme hépatique était d'un rouge vif, et il était manifestement ramolli. Beaucoup de sang s'en écoulait par l'incision.

Il n'y avait rien de notable, soit dans la vésicule, soit dans les canaux cystique, hépatique et cholédoque. L'orifice duodénal de ce dernier était dans son état naturel.

La rate était de volume ordinaire, et molle.

Le gros intestin et un grand nombre de circonvolutions de l'intestin grêle étaient distendus par beaucoup de gaz. Examiné intérieurement depuis le cardia jusqu'à l'anus, le tube digestif ne présenta aucune lésion appréciable : partout la membrane muqueuse était blanche, d'épaisseur et de consistance ordinaires, et les vaisseaux peu nombreux qu'offrait la surface interne de l'intestin rampaient dans le tissu cellulaire subjacent de la muqueuse.

Les autres organes abdominaux n'offrirent rien de notable.

Dans le thorax, on trouva le cœur rempli de caillots fibrineux très-consistants, en grande partie dépouillés de matière colorante, les poumons engoués, sains, d'ailleurs, ainsi que la trachée-artère et le larynx. On trouva quelques concrétions pierreuses dans les glandes bronchiques, circonstance assez rare chez un individu non encore âgé de trente ans.

Dans le crâne, il y avait une injection assez vive du tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; la substance corticale était rosée ; peu de points rouges parsemaient la blanche. Il y avait à peine une cuillerée à bouche de sérosité limpide dans chaque ventricule latéral. Toutes les parties de l'encéphale furent isolément examinées ; on n'y trouva aucune lésion, non plus que dans la moelle épinière et ses enveloppes.

Ce cas d'abcès du foie est le seul que nous ayons eu occasion d'observer sans complication de lésion d'autres organes. L'hépatite dura quinze jours au plus, elle eut par conséquent une marche aiguë, le pus n'était pas rassemblé dans le foie en un seul et vaste foyer : mais on trouvait dans cet organe plusieurs petits abcès, les uns à sa superficie, les autres dans sa profondeur. M. Louis a vu une pareille disposition ; mais dans les cas qu'il a observés, il y avait autour du pus une fausse membrane, bien plus développée que celle que nous trouvâmes ici. Dans ce cas, comme dans ceux rapportés par M. Louis, le parenchyme du foie était rouge et ramolli, non-seulement autour de chaque abcès, mais dans toute l'étendue de l'organe. Le pus n'avait pas d'ailleurs cette couleur lie de vin que l'on a dit appartenir au pus du foie. Il était d'un blanc verdâtre et crêmeux comme le pus de bonne nature fourni par le tissu cellulaire enflammé.

Au début de la maladie, il n'y eut d'abord que cet état général qui existe dans le principe de la plupart des affections aiguës : puis les symptômes de l'hépatite se dessinèrent ; quatre phénomènes principaux en annonçaient l'existence : la douleur dans le côté droit du thorax, la tuméfaction de l'hypocondre, l'ictère et la fièvre ; isolé des autres, aucun de ces signes, l'ictère lui-même, n'aurait été que de peu de valeur ; mais de leur réunion naissait pour le diagnostic une assez grande certitude. La nature des selles, l'examen du cadavre, concourent d'ailleurs à démontrer que la jaunisse n'était point ici dépendante d'un obstacle au cours de la bile, et que celle-ci arrivait librement dans le duodénum. La douleur précéda l'apparition de l'ictère.

Ces symptômes seuls n'auraient pas causé la mort dans un aussi court espace de temps. Mais l'affection du foie réagit sur le cerveau, et l'irritation toute sympathique de celui-ci produisit les accidents les plus graves ; on observa alors cet ensemble de symptômes qui caractérisèrent la fièvre dite ataxique : la mort eut lieu par le cerveau.

L'ouverture du cadavre montra un état parfaitement sain du tube digestif. Ainsi, dans ce cas, la fièvre dite ataxique eut uniquement son point de départ dans le foie, et de plus l'affection de celui-ci fut indépendante de toute maladie des voies digestives. On pourrait dire, à la vérité, qu'au début il y eut gastro-entérite, que de celle-ci dépendit l'état

général des premiers jours, et qu'en se portant sur le foie, l'inflammation abandonna l'intestin; mais en définitive, ce ne serait là qu'une hypothèse.

Nous ferons remarquer, en terminant ces réflexions, que le météorisme considérable qui eut lieu chez cet individu pendant les derniers jours de son existence, fut ici indépendant d'un état inflammatoire des portions d'intestin où il avait son siége.

XXIIIe OBSERVATION.

Pleuro-pneumonie aiguë. Suppuration du foie; ictère. Absence d'inflammation gastro-intestinale (1).

Un porteur d'eau, âgé de 58 ans, était parvenu au huitième jour d'une pleuro-pneumonie bien caractérisée, lorsqu'il entra à la Charité : frisson au début, puis fièvre continuelle; douleur dans toute la partie latérale inférieure droite du thorax; grande dyspnée; son mat dans toute l'étendue des parois thoraciques correspondant à peu près au lobe inférieur du poumon droit; crachats rouillés, visqueux, adhérant au vase. De plus, depuis quatre jours, teinte jaune des conjonctives et de toute la peau. Ce malade avait déjà été saigné deux fois lorsque nous le vîmes; il le fut encore le lendemain de son entrée, et trente sangsues furent appliquées sur le côté malade.

Cependant les symptômes de pneumonie ne s'amendèrent pas, bientôt on s'aperçut que le lobe supérieur du poumon droit s'enflammait à son tour; le son devint mat au-dessous de la clavicule, et du râle crépitant, puis la respiration bronchique et de la bronchophonie s'y firent entendre. Les crachats perdirent leur viscosité, et devinrent semblables à de l'eau colorée en un rouge brunâtre, semblable à du jus de pruneaux, la dyspnée devint de plus en plus grande; l'ictère était très-prononcé; d'ailleurs la langue présenta constamment un aspect naturel; il n'y eut ni vomissements, ni nausées. Palpé dans tous ses points, l'abdomen était partout simple et indolent; les selles étaient ordinaires.

Le malade succomba aux progrès toujours croissants de la dispnée; du seizième au dix-septième jour, il fut encore saigné deux fois, et plusieurs vésicatoires furent successivement placés soit sur le thorax, soit sur les membres inférieurs.

OUVERTURE DU CADAVRE.

La totalité du poumon droit était imperméable à l'air, les lobes inférieur et moyen étaient infiltrés de pus (hépatisation grise); le lobe supérieur était en hépatisation rouge (2). Des fausses membranes molles, de formation récente, unissant inférieurement

---

(1) Nous engageons le lecteur à rapprocher cette observation d'une autre rapportée plus haut dans ce volume, où des symptômes d'une fièvre dite *essentielle* coïncidèrent avec une affection du foie, sans qu'il y eût en même temps gastro-entérite.

(2) *Voyez* le tome I de la *Clinique*, pour une description plus étendue de ces états, et notre *Précis d'Anatomie pathologique*.

les plèvres costale et pulmonaire du côté droit. Dans le poumon gauche, il y avait plusieurs inflammations lobulaires vers le centre de l'organe.

On commença la dissection du foie par celle des voies d'excrétion de la bile; les canaux hépatique, cystique et cholédoque, ainsi que la vésicule du fiel, furent trouvés exempts de toute lésion appréciable. Le foie avait son volume ordinaire extérieurement, sa couleur n'avait rien d'insolite ; mais vers le centre du lobe droit existaient deux cavités, dont l'une aurait admis une grosse noix, et l'autre une noisette que remplissait un pus d'un jaune de bile, inodore, assez épais ; une fausse membrane d'apparence muqueuse tapissait les parois de ces cavités ; le parenchyme situé autour de l'un et de l'autre de ces abcès, était plus rouge que le parenchyme du reste du foie, et il avait une friabilité bien plus grande.

La rate était assez petite, et de consistance ordinaire. La surface interne de l'estomac était blanche, excepté vers le grand cul-de-sac, où des veines rampaient vers le tissu cellulaire sous-muqueux ; sa membrane veloutée avait partout l'épaisseur et la consistance de son état physiologique. La surface interne du duodénum était également blanche, et dans le reste du tube digestif, on ne voyait autre chose qu'une injection vasculaire sous-muqueuse assez prononcée en certains endroits.

Une certaine quantité de pus infiltrait le tissu cellulaire interposé entre la colonne vertébrale et la paroi postérieure du pharynx.

Dans cette observation, l'hépatite n'est plus simple, comme chez le sujet de la vingt-deuxième observation; son existence coïncide avec celle d'une pleuro-pneumonie : de là résulte plus d'obscurité dans son diagnostic. En effet, l'inflammation du poumon existait à droite, et la douleur produite par la phlegmasie du foie se confondait naturellement avec celle qui dépendait de la pleuro-pneumonie. Le foie n'avait pas d'ailleurs augmenté de volume, et l'hypochondre droit n'était ni tendu, ni tuméfié, ni douloureux. Il ne restait donc plus que l'ictère, mais plusieurs observations précédemment citées nous ont appris que cet ictère peut exister chez des individus dont le foie est trouvé, après la mort, dans les conditions de son état normal. Il est d'ailleurs impossible d'assigner l'époque à laquelle commença l'hépatite; car elle pouvait exister avant qu'il n'y eût ictère. Ici pas plus que dans la vingt-deuxième observation, nous ne trouvons de trace de gastrite, de duodénite ou d'entérite. Si l'on veut chercher une cause à l'hépatite, on peut supposer que l'irritation du poumon se propagea au foie par contiguité de tissus. Dans un des volumes suivants, nous citerons un cas de pleurésie diaphragmatique qui se compliqua également d'ictère. Mais, en tout cas, il faudrait admettre une disposition spéciale de l'individu; car combien de fois n'observe-t-on pas toutes les variétés de pneumonies et de pleurésies, sans qu'il survienne une hépatite!

L'inflammation du foie était ici plus circonscrite que dans la vingt-deuxième observation ; elle était d'ailleurs annoncée par les mêmes caractères anatomiques : rougeur du tissu du foie, son ramollissement, et la présence du pus. Une fausse membrane, plus organisée que celle trouvée chez le sujet de la vingt-deuxième observation, tapissait les parois de chaque abcès.

XXIVe OBSERVATION.

Abcès du foie avec rougeur et ramollissement de son tissu. Gastro-entérite et péritonite aiguës. Ictère. Tuméfaction douloureuse de l'hypocondre droit.

Un bonnetier, âgé de 48 ans environ, nous raconta ainsi le début et la marche de sa maladie. Neuf jours avant d'entrer à la Charité, il avait eu, sans cause connue, assure-t-il, une forte indigestion ; puis il s'était aperçu qu'il jaunissait : dès-lors grand malaise, fièvre continuelle, soif vive, douleur dans l'hypocondre droit, se faisant aussi sentir dans la partie latérale inférieure droite du thorax ; diarrhée. Lorsqu'il fut soumis à nos observations, il nous présenta l'état suivant :

Couleur jaune très-prononcée des conjonctives et de toute la peau ; accablement physique et moral ; tension douloureuse de l'hypocondre droit ; on y sent manifestement une tumeur dans l'étendue de quelques pouces au-dessous du rebord cartilagineux des côtes. La langue est d'un rouge vif à sa pointe et sur ses bords, couverte à son centre d'un enduit blanchâtre pointillé de rouge ; la soif est vive, l'appétit nul ; il faut presser fortement sur l'épigastre pour y déterminer quelque douleur ; le reste du ventre, excepté l'hypocondre droit, est souple et indolent, les selles sont fréquentes, semblables à de l'eau colorée en jaune, et précédées de coliques : le pouls est fréquent, développé ; la peau brûlante et sèche ; le malade se plaint d'y ressentir une démangeaison très-incommode. L'urine est assez abondante, et d'une couleur rouge orangé.

Ce malade fut regardé comme atteint d'une inflammation gastro-intestinale étendue au foie. (*Vingt sangsues à l'anus, fomentations émollientes sur l'hypocondre droit, tisane d'orge gommé, diète*).

Le lendemain nous trouvâmes le mouvement fébrile moins intense, les traits de la face plus naturels, les forces relevées, un moins grand nombre de selles avaient eu lieu ; l'ictère n'avait pas diminué. Dans la journée, on apporta du dehors des aliments au malade ; il but du vin sucré. Cet écart de régime fit disparaître l'amélioration qui avait manifestement suivi l'emploi du traitement antiphlogistique : la diarrhée reparut plus abondante que jamais, la langue se sécha et se fendit ; la prostration augmenta ; les douleurs du côté droit du thorax et de l'hypocondre devinrent plus vives. Chaque fois que le malade urinait, il éprouvait une cuisson très-pénible dans le canal de l'urètre. Pendant les quatre ou cinq jours suivants, l'inflammation gastro-intestinale sembla devenir de plus en plus intense ; langue rouge et sèche ; lèvres saignantes et fendillées ; ballonnement du ventre ; évacuations alvines involontaires ; pouls très-fréquent, peu développé ; chaleur âcre de la peau. *Deux applications de sangsues à l'anus* (*quinze chaque fois*) n'apportèrent aucune amélioration.

L'augmentation progressive de la gravité des symptômes rendait déjà le pronostic fort grave, lorsque tout à coup de nouveaux phénomènes morbides apparurent. L'abdomen, indolent jusqu'alors, excepté vers l'hypocondre droit, devint dans toute

son étendue le siége de très-vives douleurs, que le moindre contact exaspérait. Des nausées, des vomissements eurent lieu; en même temps, altération subite et profonde des traits de la face, fréquence très-grande du pouls, qui est devenu petit et concentré.

Inutilement combattus par *l'application de trente sangsues sur l'abdomen, par des vésicatoires placés aux extrémités inférieures*, ces nouveaux symptômes persistent trois jours. Le malade s'affaiblit de plus en plus et succombe du dix-huitième au vingtième jour, à dater de l'indigestion par laquelle semblait avoir débuté son affection. L'ictère persista très-intense jusqu'à la mort.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Teinte jaune de toute la surface du corps.

Une sérosité trouble, dans laquelle nagent beaucoup de flocons albumineux, est épanchée dans le péritoine. Plusieurs de ces flocons sont étendus en fausses membranes sur diverses portions de la membrane séreuse.

L'estomac est petit, contracté; à l'intérieur on trouve sa grande courbure occupée par une longue bande rouge, qui s'étend du cardia aux environs du pylore. Du côté de la petite courbure et dans le grand cul-de-sac existent de larges plaques rouges formées par des vaisseaux capillaires admirablement injectés. Partout où existe cette rougeur, la membrane muqueuse est ramollie; il est impossible de l'enlever par lambeaux.

Le duodénum présente sa surface interne blanche, sans modification apparente dans la texture de sa membrane muqueuse. Il en est de même du jéjunum et de l'iléum jusque dans l'étendue de trois pieds environ au-dessus du cœcum. Dans cet espace existe une vive injection de la membrane muqueuse, et un peu au-dessus du cœcum, on trouve cinq à six petites ulcérations arrondies, pouvant chacune admettre une pièce de cinq sous, isolées les unes des autres. On observe en outre une tuméfaction marquée, et une rougeur livide de trois ou quatre plaques de Peyer. Les deux faces de la valvule iléocœcale sont rouges : il en est de même du cœcum et du commencement du colon. Tout le gros intestin contient des matières très-liquides, colorées en jaune.

Le foie, plus volumineux que de coutume, descend au-dessous des côtes dans l'hypochondre droit. Il est comme tapissé à l'extérieur par une enveloppe de concrétions albumineuses, molles, demi-liquides, étendues en pseudo-membranes. Au-dessous d'elles, il présente une couleur rouge très-intense, et le doigt s'enfonce, avec une extrême facilité, dans son parenchyme ramolli. A droite du ligament suspenseur existe une tache blanche de la largeur d'une pièce de dix sous, qui donne sous le doigt une sensation de fluctuation obscure. La pointe du scalpel, très-légèrement enfoncée sur cette face, pénètre dans une petite cavité pleine de pus. On en trouve trois autres disséminées dans l'intérieur du lobe droit du foie, deux dans le lobe gauche. De ces cinq abcès profonds, quatre sont peu considérables; ils pourraient à peine admettre une noisette : le cinquième, beaucoup plus vaste, pourrait recevoir une pomme d'api. Dans ce dernier, il y avait des espèces de brides celluleuses qui en traversaient la cavité; comme si cet abcès, plus considérable que les autres, avait résulté de la réunion de plusieurs plus petits. Nous regrettons de ne point avoir noté si une membrane tapissait la surface des parois de ces diverses cavités.

La rate avait un volume plus considérable que de coutume; elle était aussi remarquable par son extrême mollesse; soumise au lavage et à la pression des doigts, elle se

débarrassait de la matière couleur lie de vin qui remplisssait ses cellules, et on la réduisait facilement à son tissu filamenteux.

Quelques granulations, grisâtres et dures, existaient éparses dans le parenchyme des deux poumons; le sommet du droit était dur et noir. Une plaque blanche, large comme une pièce de cinq francs, apparaissait sur un des points de la surface extérieure du cœur; elle semblait développée entre la substance même du cœur et la lame séreuse qui le recouvre.

Dans le crâne, nous trouvâmes une assez notable quantité de sérosité limpide épanchée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères; il y en avait aussi en assez grande abondance dans les ventricules. Dans l'épaisseur de l'un des plexus choroïdes, on trouva un tubercule jaunâtre, friable, du volume d'un petit pois.

Cette observation se rapproche des précédentes, sous le rapport des symptômes locaux qui signalèrent l'existence d'une hépatite aiguë; nous ne les rappellerons donc point. Elle en diffère par la complication d'une gastro-entérite, qui, ici, parut être le point de départ de la phlegmasie hépatique. Le début de la maladie fut effectivement une indigestion. Cette gastro-entérite donna lieu à de nouveaux symptômes, que nous n'avons point observés dans les cas précédents, où n'existait pas une semblable complication. Ce que, d'ailleurs, nous n'oublierons pas de noter, c'est que les traces d'inflammation ne furent trouvées que dans l'estomac, dans la fin de l'intestin grêle et dans le commencement du gros intestin, tandis qu'on ne constata aucune altération dans le duodénum; d'un autre côté, rien ne prouve qu'il y ait eu duodénite pendant la vie; voilà donc un cas où l'inflammation du foie fut bien liée à une phlegmasie du tube digestif, mais non à une phlegmasie du duodénum en particulier. Un résultat semblable a déjà été obtenu par M. Louis. Ici encore, comme dans beaucoup de cas précédents, et comme l'a également constaté le savant observateur que nous venons de nommer, il y eut jaunisse, bien que certainement la bile arrivât dans le duodénum pendant la vie.

Nous n'insisterons point sur la dernière inflammation qui survint, et qui causa la mort, parce que nous avons parlé assez longuement de la péritonite, dans un autre chapitre de ce volume.

XXVe OBSERVATION.

Abcès du foie avec rougeur et ramollissement de son tissu. Tumeur douloureuse à l'hypochondre droit, survenue pendant le cours d'une gastro-entérite chronique. Pas d'ictère.

Un terrassier, âgé de 39 ans, éprouvait depuis trois ans à peu près tous les symptômes d'une gastro-entérite chronique. D'abord, dérangements fréquents dans l'appétit,

qui se perd de temps en temps; puis anorexie complète et qui ne cesse plus ; pesanteur épigastrique, et quelquefois véritable douleur au-dessous de l'appendice xyphoïde et vers l'hypochondre gauche, à la suite de l'introduction de toute espèce d'aliments dans l'estomac ; éructations fréquentes ; vomissements de temps en temps ; alternatives de constipation et de diarrhée. Les selles, ordinairement séreuses, ont été parfois sanguinolentes. Le malade a perdu peu à peu son embonpoint et ses forces, et, depuis quelques mois seulement, une petite toux sèche est survenue. Il était déjà dans un état de maigreur et de dépérissement fort avancé, lorsqu'il entra à la Charité. Alors, l'abdomen était souple et indolent dans tous ses points (*eau de riz gommée*, *décoction blanche de Sydenham*, *lavement d'amidon*, *avec addition d'un certain nombre de gouttes de laudanum de Rousseau*, *un verre de décoction de cachou*). Pendant les quinze premiers jours que le malade passa à l'hôpital, il ne présenta rien de nouveau : la ténacité de sa toux nous engagea à l'ausculter ; nous trouvâmes partout le bruit naturel d'expansion pulmonaire remarquable seulement par sa grande intensité; la percussion faisait entendre partout un son clair. Le pouls était habituellement un peu fréquent, sans que la température de la peau fût élevée. Les moyens employés contre la diarrhée ayant échoué, on essaya les toniques astrigents (*on prescrivit la décoction de simarouba*, *et des pilules composées d'extrait de ratanhia et de sang-dragon*). Mais, peu de jours après l'administration de ces nouveaux médicaments, l'abdomen, jusqu'alors indolent, devint douloureux; un véritable mouvement fébrile s'alluma ; les selles se teignirent de sang. On revint à l'usage *de l'eau de gomme*, *de la tisane de riz*, *de la décoction blanche de Sydenham*. Les selles ne tardèrent pas à redevenir purement séreuses, la peau perdit sa chaleur, et les douleurs abdominales disparurent. Mais peu de temps après, d'autres accidents se manifestèrent; à la suite d'un frisson assez violent, une douleur, plus remarquable par son étendue que par son acuité, se fit sentir dans la partie inférieure droite du thorax, et en même temps une fièvre continue s'établit, avec redoublement très-fort chaque soir. On crut d'abord que cette douleur et la fièvre qui l'accompagnait appartenaient à une pleurésie ; et, pour combattre celle-ci, *des sangsues furent appliquées* (*au nombre de vingt*) sur le côté douloureux ; puis on le couvrit *d'un assez large vésicatoire*. Cette douleur et cette fièvre duraient déjà depuis une huitaine de jours, sans que la toux habituelle fût augmentée et sans qu'il y eût de dyspnée, lorsque le malade se plaignait à nous de l'extension de sa douleur dans l'hypochondre droit. Nous palpâmes cet hypochondre, et nous le trouvâmes effectivement douloureux au toucher, et de plus, tendu, tuméfié. Nous nous demandâmes alors s'il n'y avait pas hépatite, et si de cette inflammation, plutôt que d'une phlegmasie de la plèvre ou du poumon, ne dépendaient pas la douleur thorachique, la fièvre, la grande anxiété du malade. Cependant il n'y avait pas la moindre apparence d'ictère. D'un autre côté, rien n'annonçait une exaspération actuelle de l'affection chronique des voies digestives : la langue n'était remarquable que par sa pâleur; les selles conservaient le même caractère. *Des sangsues furent appliquées sur l'hypochondre*, elles ne le rendirent ni plus souple, ni moins douloureux. Pendant les neuf jours suivants, une véritable tumeur se dessina dans cet hypochondre, occupant quelques travers de doigt au-dessous des côtes. Le malade s'affaiblit rapidement, la diarrhée devint très-abondante, et la mort survint bientôt.

OUVERTURE DU CADAVRE.

En palpant l'hypochondre droit sur le cadavre, nous crûmes reconnaître, là où existait la tumeur, une fluctuation obscure; un bistouri y fut enfoncé, avant que les parois abdominales n'eussent été enlevées, et il en jaillit du pus en assez grande quan-

tité. Nous nous convainquîmes bientôt que la tumeur appartenait au foie développé, descendant de trois bons travers de doigt au-dessous des côtes ; le bistouri avait pénétré dans une cavité creusée dans son tissu, assez grande pour admettre une orange, et que remplissait un pus crémeux, de bonne nature. Cette cavité était bien évidemment creusée dans l'intérieur même du foie ; car de toutes parts ses parois étaient constituées par le tissu de cet organe ; elles étaient tapissées par une couche blanchâtre, membraniforme, qui ne paraissait point organisée. En avant, dans toute l'étendue de la portion du foie qui faisait tumeur, cet organe était uni aux parois abdominales par des adhérences péritonéales molles, non encore organisées en tissu cellulaire, et qui semblaient être de formation récente. On ne trouvait dans le reste de l'abdomen aucune autre trace de péritonite. La collection purulente qui vient d'être décrite était la seule qui existât dans le foie ; mais partout le tissu de cet organe était rouge et d'une remarquable mollesse ; la moindre traction le déchirait ; la moindre pression le réduisait en bouillie.

Les canaux biliaires et la vésicule furent trouvés exempts de toute altération appréciable.

L'état de la rate n'a point été noté.

La membrane muqueuse de l'estomac était véritablement liquéfiée, transformée en une pulpe rougeâtre dans tout le grand cul-de-sac. Dans la portion pylorique, cette même membrane muqueuse était d'un gris ardoisé, épaissie, inégale à sa surface, mamelonnée, suivant l'expression consacrée par M. Louis.

Le duodénum était sain, ainsi que les parties supérieures de l'intestin grêle. Dans la partie inférieure de l'iléon, et dans le cœcum, on trouva de très-nombreuses ulcérations, de forme irrégulière, dont le fond était formé par le tissu cellulaire, épaissi, et les bords par la muqueuse, blanche dans les unes, rouge, livide, brune ou noire dans les autres.

Dans le lobe supérieur de chaque poumon, on trouva un certain nombre de tubercules encore à l'état de crudité, et entre lesquels le parenchyme pulmonaire avait conservé son état sain.

Ici encore, l'existence de l'hépatite coïncide avec celle d'une gastro-entérite ; mais celle-ci est chronique, et c'est seulement après qu'elle a duré plusieurs années que le foie paraît commencer à s'irriter. Peut-être les médicaments stimulants par lesquels on essaya de combattre la diarrhée eurent-ils quelque influence sur le développement de l'affection du foie. Toujours est-il que ce fut peu de temps après l'administration de la décoction de simarouba, des pilules d'extrait de ratanhia et de sang-dragon, qu'une douleur se manifesta vers la région du foie, et que l'hypochondre droit se tuméfia. Tels furent les seuls signes par lesquels s'annonça l'hépatite : il n'y eut jamais d'ictère, les urines même ne se colorèrent point, de telle sorte qu'avant l'apparition de la tumeur de l'hypochondre, la douleur du côté droit du thorax, accompagnée d'un mouvement fébrile intense, aurait pu être rapportée à une inflammation intercurrente de la plèvre; il faut noter toutefois qu'il n'y avait pas de dyspnée; mais celle-

ci n'existe pas dans toute pleurésie. Pourquoi n'y eut-il pas ictère dans ce cas, tandis qu'on l'observa dans les cas précédents où les mêmes lésions existaient? c'est ce qui nous semble impossible à déterminer.

Nous retrouvons encore ici le foie rouge et ramolli, en même temps qu'il est creusé d'une cavité pleine de pus. Cette cavité était très-superficiellement située; une inflammation adhésive s'était développée entre le point de la surface extérieure du foie, au-dessous duquel elle existait, et les parois abdominales; en pareil cas, ces dernières auraient pu s'enflammer à leur tour, et, en vertu de la tendance du pus, comme de tout corps étranger, à se porter à l'extérieur, il aurait pu se frayer une issue à travers ces parois abdominales.

Cette situation superficielle de l'abcès donna lieu, là où il existait, à une fluctuation obscure, qui ne fut reconnue que sur le cadavre, et qui, constatée pendant la vie, eût pu nous conduire à diagnostiquer la présence d'un abcès dans le foie. Toutefois nous aurions eu encore à discuter si cette fluctuation était le résultat d'un abcès formé dans le parenchyme hépatique, ou bien si elle n'était pas due soit à un sac d'hydatides développé dans le foie, mais alors la tumeur ne se fût par formée avec autant de rapidité; soit à la vésicule du fiel remplie outre mesure d'un liquide quelconque, mais on aurait reconnu sa forme et on aurait pu la circonscrire; soit à un abcès enkysté du péritoine.

Nous fixerons encore l'attention du lecteur, 1° sur les désordres trouvés dans le tube digestif d'un individu qui présentait depuis trois ans les signes d'une gastro-entérite chronique; 2° sur l'état sain du duodénum, malgré l'affection grave dont le foie était atteint; 3° sur l'absence complète des douleurs abdominales, malgré l'existence de nombreuses ulcérations en plusieurs points de l'intestin (c'est là d'ailleurs le cas le plus commun, lorsque ces ulcérations se sont formées chroniquement, et même lorsqu'elles succèdent à une inflammation aiguë); 4° sur les mauvais effets produits par les toniques astringents qui allumèrent la fièvre, éveillèrent les douleurs abdominales, donnèrent lieu à des selles sanguinolentes; 5° sur la différence bien tranchée qui existait, sous le rapport de la nature des lésions, entre la portion splénique de l'estomac et sa portion pylorique; 6° sur les tubercules développés dans le poumon, et dont l'existence était impossible à constater. C'est sous ce rapport un cas semblable à ceux dont nous avons rapporté des exemples dans cet ouvrage, et dans lesquels, suivant une marche inverse de celle qu'on observe le plus ordinairement, la phthisie pulmonaire ne se développe que

consécutivement à ce qu'on pourrait appeler la phthisie intestinale. Il est d'ailleurs à remarquer que, malgré la longue durée de l'inflammation intestinale, il n'y avait de tubercules développés ni dans les tuniques de l'intestin, ni dans les ganglions mésentériques correspondants; et cependant il y avait ici disposition à la formation de ces tubercules, puisque les poumons en contenaient.

XXVIe OBSERVATION.

Nombreux abcès dans le foie, avec rougeur et ramollissement du parenchyme autour d'eux seulement. Absence d'ictère, de douleur et de tumeur. Inflammation aiguë du poumon gauche et de l'estomac.

Une femme de moyen âge jouissait d'une bonne santé, lorsqu'elle fut prise d'un point de côté au-dessous de la mamelle gauche; bientôt apparurent tous les signes caractéristiques d'une pleuro-pneumonie aiguë; nous la vîmes cinq jours après l'invasion du point de côté : la respiration était alors très-gênée; la figure exprimait l'anxiété la plus vive; les joues étaient fortement colorées, sans qu'il y eût, autour de la rougeur plaquée des pommettes, la moindre apparence d'ictère. Les crachats étaient rouillés, visqueux, réunis en une masse transparente qui tenait fortement au vase, et ne s'en détachait pas lorsqu'on le renversait. Cette femme se prêtait si difficilement à l'examen, qu'elle ne fut que très-imparfaitement percutée et auscultée (ce qui est peu important pour ce qui nous occupe actuellement, puisque ce n'est pas sous le rapport de la pneumonie que nous rapportons cette observation). Il y avait une fièvre intense, et de plus quelques signes de complication gastrique, tels que langue rouge, lisse, un peu sèche, soif vive, quelques vomissements depuis le début de la maladie, douleur à l'épigastre par une pression assez légère. Le reste de l'abdomen, et en particulier l'hypochondre droit, était souple et indolent. Aucune douleur n'avait jamais existé du côté droit du thorax.

Pendant les six jours suivants, *larges saignées, vésicatoires aux extrémités inférieures, simples boissons émollientes*. La maladie ne s'en aggrava pas moins chaque jour, la dyspnée devint de plus en plus considérable, les crachats perdirent leur viscosité, et prirent l'aspect du jus de pruneau; la langue se sécha et se fendilla; la malade succomba vers le troisième jour à dater de l'invasion du point de côté. Jusqu'au dernier moment, on n'aperçut aucune trace d'ictère, et la région du foie ne devint le siége d'aucune douleur.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré d'une assez grande quantité de sérosité, pour que l'arachnoïde soit soulevée par elle de plusieurs lignes : cette sérosité est parfaitement transparente; on en trouve aussi en assez grande abondance dans les ventricules. Rien de remarquable dans la substance même de l'encéphale.

Thorax. Le lobe inférieur du poumon gauche présente un mélange d'hépatisation rouge et grise. Des adhérences molles unissent entre elles les plèvres pulmonaire et costale de ce côté. Un peu de pus est infiltré entre les lames du médiastin antérieur derrière le sternum.

Abdomen. Le foie a son volume ordinaire; vu extérieurement, il paraît sain. Plusieurs coupes pratiquées dans son intérieur le font d'abord considérer comme tel ; mais une autre découvre un foyer purulent occupant seulement un espace capable de contenir un haricot, entouré, dans l'étendue de quelques lignes, par un tissu rouge et ramolli. En poursuivant nos recherches, nous découvrîmes, disséminés dans l'intérieur du foie, neuf autres abcès, dont un seul aurait pu contenir une grosse noix; les autres auraient admis ou un haricot, ou une noisette, ou un pois. Le pus qu'ils contenaient était d'un blanc verdâtre, semblable au pus phlegmoneux. Une fausse membrane molle, non organisée, semblable à du pus solidifié, tapissait les parois de ces abcès. Autour de chacun d'eux, dans l'étendue de deux à trois pouces, le parenchyme hépatique était ramolli et d'une couleur rouge beaucoup plus intense que dans les autres points situés plus loin des abcès. — Rien de notable ne fut trouvé dans les canaux biliaires, non plus que dans la vésicule du fiel.

La membrane muqueuse de l'estomac était pointillée d'un rouge vif le long de la petite courbure et dans le grand cul-de-sac. Dans cette même étendue, elle était ramollie; on ne pouvait pas l'enlever en lambeaux. On ne trouva dans le reste du tube digestif qu'une légère injection vasculaire par intervalles.

A la place de l'un des ovaires, on ne rencontra qu'une poche séreuse assez volumineuse pour admettre une pomme d'api. Un corps fibreux gros comme une noix existait à l'extérieur de l'utérus, outre le tissu propre de cet organe, un peu déprimé au-dessous de lui, et le péritoine.

Nous ne trouvons plus ici aucun signe qui eût pu même nous porter à soupçonner l'existence d'une affection quelconque du foie; il n'y a pas la moindre trace d'ictère; on n'observe ni tumeur dans l'hypochondre droit, ni douleur en aucun point de la région hépatique. Les altérations trouvées dans le foie, semblables par leur nature à celles décrites dans les précédentes observations, en diffèrent par leur étendue et leur disposition. Les abcès sont petits, mais très-multipliés, et c'est seulement dans le voisinage de chacun d'eux qu'on trouve dans le tissu du foie des marques de travail inflammatoire (rougeur et ramollissement). Ainsi il y avait chez ce sujet dix phlegmasies partielles disséminées dans le foie, mais qui, réunies par la pensée, n'en constituaient pas moins une inflammation assez remarquable par son étendue. On peut toutefois raisonnablement admettre que l'absence d'ictère dépendit de ce qu'une portion du parenchyme hépatique était restée saine.

Rien n'indique si, dans ce cas, l'affection du foie fut aiguë ou chronique ; si elle exista longtemps avant la double phlegmasie du poumon et de l'estomac, ou si elle survint en même temps. Dans la première hypothèse, il faudrait admettre que beaucoup de points du parenchyme hépatique ont pu être frappés de phlegmasie et devenir le siége de foyers de suppuration, sans que la santé en fût en aucune manière altérée ; ce qui

n'est guère vraisemblable, quoique cela ne soit pas impossible. D'une autre part, l'aspect de la membrane qui tapissait les parois de chaque abcès ne semblait point indiquer un état ancien de ceux-ci. Nous serions donc porté à croire que l'hépatite naquit en même temps que la gastrite et la pleuro-pneumonie ; si cela est exact, le cas qui vient d'être cité fournirait un exemple d'inflammation du foie terminée par suppuration, du douzième au treizième jour après sa naissance ; mais, nous le répétons, il y a ici quelques doutes légitimes à conserver sur l'époque où du pus commença à se former dans le foie.

XXVIIe OBSERVATION (1).

Phlegmasies partielles du foie avec abcès au centre de l'une d'elles. Induration rouge des endroits enflammés. Pas de signes caractéristiques de l'affection du foie. Squirrhe de l'estomac.

Un homme, âgé de 40 ans, éprouvait depuis longtemps divers symptômes d'une affection chronique de l'estomac : il avait de fréquents vomissements. Plusieurs fois des hématémèses eurent lieu : on sentait une tumeur très-dure, douloureuse, et jouissant d'une certaine mobilité, entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic. Jamais, et c'est sur quoi nous devons insister ici, jamais il n'y avait eu ni ictère, ni douleur, soit à l'hypochondre, soit dans le côté droit du thorax.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le foie, volumineux, dépassait de deux travers de doigt le rebord des côtes ; il s'étendait jusque dans l'hypochondre gauche. Son tissu était parsemé d'un grand nombre de petites masses rouges et dures, qui semblaient être le résultat d'autant de phlegmasies partielles. Les plus volumineuses de ces masses représentaient l'espace qu'aurait pu occuper une pomme d'api : les moyennes, et c'étaient les plus nombreuses, auraient pu recevoir à leur place une noix, et les plus petites une noisette. Blanches, au lieu d'être rouges, ces masses enflammées auraient ressemblé à certains tubercules squirrheux du foie. Elles avaient avec ceux-ci une autre espèce d'analogie, c'est qu'en raison de la moindre dureté du tissu sain qui les environnait, celui-ci se déchirait lorsqu'on exerçait sur elles une légère traction, tandis qu'elles demeuraient intactes. Il suivait de là qu'on les isolait facilement, et en masse, du tissu qui les environnait, dans lequel on eût dit qu'elles n'étaient qu'enchatonnées), ce qui n'était qu'une fausse apparence. Au centre de l'un de ces noyaux de phlegmasie, nous trouvâmes un abcès du volume d'une noisette ; le pus était d'un blanc jaunâtre, assez épais ; la cavité qui le contenait n'était

---

(1) Cette observation, que nous citons seulement ici sous le rapport de la lésion qu'avait subie le foie, a été recueillie en ville, sur la personne de M. M..., agent de change. Le malade a été soigné par M. le docteur Double et par mon père. Je n'ai assisté qu'à l'ouverture du corps.

tapissée que par une couche albumineuse inorganique. Il n'y avait pas d'autre trace de suppuration dans le reste du foie.

Rien de notable dans les voies d'excrétion de la bile. Celle qui était contenue dans la vésicule présentait son aspect accoutumé.

Les parois de l'estomac étaient considérablement épaissies, dans sa portion pylorique : il en résultait une tumeur volumineuse, qui faisait saillie à l'intérieur du ventricule, et en oblitérait presque complètement la cavité. Ce n'était qu'avec beaucoup de peine que l'extrémité du petit doigt pouvait franchir l'orifice pylorique. Cette tumeur était formée par un tissu blanc nacré, criant sous le scalpel, ayant dans quelques points la dureté du cartilage. Elle était spécialement développée dans le tissu cellulaire subjacent à la muqueuse, et dans l'épaisseur de la tunique charnue. La muqueuse elle-même était intacte au-dessus de la tumeur ; mais à gauche de celle-ci, le long de la grande courbure, la membrane muqueuse présentait une ulcération large comme un écu de trois livres. Autour de cette ulcération, la membrane était rouge et molle ; le fond de l'ulcération était formé par la tunique musculaire, singulièrement ramollie, de sorte qu'une très-légère traction suffisait pour la déchirer.

Cette observation, comme la précédente, nous offre un exemple de phlegmasies partielles du foie, terminées par suppuration. Mais ici, loin que les parties rouges soient ramollies, elles sont au contraire d'une plus grande dureté que le reste du tissu du foie. Ici donc les seuls caractères anatomiques nous donnent la certitude que ces inflammations partielles étaient chroniques ; car jamais l'induration d'un tissu n'est le résultat d'une phlegmasie aiguë. D'ailleurs, dans cette observation comme dans la vingt-cinquième, nous ne trouvons aucun signe à l'aide duquel l'affection du foie eût pu être reconnue pendant la vie.

Penserons-nous que si cet individu eût vécu plus longtemps, les masses rougeâtres disséminées dans son foie seraient devenues des masses squirrheuses, encéphaloïdes, tuberculeuses, etc.? C'est une question qui peut au moins être proposée, qui n'est certainement pas indigne d'examen, et qui sera peut-être éclairée par des faits que nous citerons plus bas.

XXVIIIe OBSERVATION.

Coup sur la région hépatique. Vaste abcès du foie. État sain du parenchyme autour de la collection purulente. Tumeur et douleur dans l'hypochondre droit. Pas d'ictère.

Une couturière, âgée de 18 ans, reçut, deux ans avant d'entrer à l'hôpital, un coup violent sur l'hypochondre droit. Depuis cette époque, sa santé cessa d'être bonne ; elle maigrit et ressentit habituellement une douleur sourde là où le coup avait été porté. Elle assure n'avoir jamais eu d'ictère. Trois semaines seulement avant l'époque de son

admission à la Charité, cette fille s'aperçut de l'existence d'une tumeur dans l'hypochondre droit.

Lorsqu'elle fut soumise à notre observation, la malade était pâle et maigre ; ses traits, tirés, exprimaient la souffrance ; le décubitus sur le dos, un peu incliné à gauche, était le seul possible. Elle accusait une douleur habituelle dans le côté droit de l'abdomen ; on reconnaissait, par le palper, que l'hypochondre droit et une partie de l'épigastre étaient occupés par une tumeur volumineuse, présentant une surface égale, et, par sa situation, sa forme et ses rapports, semblant n'être autre chose que le foie lui-même augmenté de volume. La pression augmentait la douleur dont cette tumeur était habituellement le siége. Il n'y avait ni ictère, ni trace d'hydropisie. Le pouls était un peu fréquent, sans que la peau fût chaude; la langue un peu rouge, l'appétit presque nul, les selles ordinaires.

Cette femme fut regardée comme atteinte d'une hépatite chronique, survenue à la suite de la violence extérieure à laquelle, deux ans auparavant, l'hypochondre droit avait été soumis. Des sangsues, appliquées deux fois sur cette région, parurent en diminuer un peu la sensibilité.

Il n'y avait encore que peu de jours que la malade était entrée à l'hôpital, lorsque sa face se tuméfia, rougit, et devint le siége d'un érésipèle qui l'envahit tout entière, et s'étendit au front et au cuir chevelu. Dès son début, cet érésipèle fut accompagné d'une forte céphalalgie et d'une fièvre intense ; puis du délire survint ; la langue se sécha ; la malade tomba dans un état de prostration de plus en plus grande, et elle ne tarda pas à succomber, lorsque l'érésipèle était encore dans toute son intensité.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Maigreur considérable des membres et du tronc ; couleur naturelle de la peau ; tuméfaction et rougeur de la face conservées ; infiltration séro-purulente dans le tissu cellulaire sous-cutané de la face et du crâne.

Injection vive de la pie-mère qui recouvre la convexité des hémisphères cérébraux ; teinte rosée de la substance corticale des circonvolutions ; nombreux points rouges dans la substance blanche ; peu de sérosité dans les ventricules et à la base du crâne ; rougeur remarquable des membranes du cervelet.

Rien de notable dans les organes thorachiques.

Le foie dépassait de plusieurs travers de doigt le rebord des côtes : son grand lobe présentait à l'extérieur une fluctuation évidente; il était transformé presque en totalité en deux vastes poches, qui ne communiquaient point l'une avec l'autre, et que remplissait un pus jaunâtre, épais, ayant une odeur nauséabonde. Les parois de ces deux cavités étaient tapissées par une membrane de plusieurs lignes d'épaisseur, formée par une sorte de tissu réticulé, et très-résistante. Immédiatement autour de ces abcès, et dans le reste de l'organe, le parenchyme du foie n'avait subi aucune altération appréciable. Il fallait donc que, dans le lobe droit du foie, une partie de ce parenchyme eût été résorbée.

La rate était d'un petit volume et d'un grande densité.

L'estomac présentait, dans son grand cul-de-sac, de la rougeur et du ramollissement.

Dans cette observation, nous pouvons assigner avec précision l'époque du début de la maladie ; elle succéda à la violence extérieure qui agit

sur l'hypocondre. L'hépatite eut une marche essentiellement chronique; c'est peu à peu que le foie se désorganisa, et que son lobe droit se transforma presque en totalité en deux vastes abcès. On remarquera la solidité, l'épaisseur, la texture comme fibreuse de la membrane qui tapissait les parois de chaque abcès. Dans les cas précédents, au contraire, où l'hépatite était aiguë, ce n'était qu'une sorte de pus concret qui recouvrait ces même parois. L'ictère n'exista jamais chez cet individu; mais depuis l'époque de la violence extérieure jusqu'à la mort, l'hypochondre droit fut le siége d'une douleur peu vive, mais constante, et une tumeur s'y développa peu à peu.

L'état de l'estomac, annoncé pendant la vie par la rougeur et la sécheresse de la langue, celui de l'encéphale, coïncidant avec le délire et un érésipèle de la face et du cuir chevelu, sont d'autres circonstances de cette observation qui ne sont pas indignes d'intérêt. Il nous semble important de bien se pénétrer de toute l'exactitude d'une remarque qui a déjà été faite, et que nous avons sans cesse occasion de vérifier, savoir : que, dans la plupart des affections chroniques, l'époque de la mort est hâtée par quelque phlegmasie aiguë intercurrente.

XXIXe OBSERVATION.

Abcès du foie avec décoloration et ramollissement général de son tissu. Ancienne douleur dans le côté droit du thorax. Néphrite chronique. Entéro-colite aiguë dans les derniers temps.

Une femme, de cinquante ans environ, rendait, depuis trois années, des urines purulentes; elle ressentait une douleur habituelle à la région rénale droite; de plus, à peu près depuis la même époque, elle éprouvait une autre douleur, bien distincte de la précédente, au niveau des dernières côtes droites; cette douleur, ordinairement peu vive, s'exaspérait par intervalles, et devenait lancinante. Cette femme avait maigri peu à peu, et lorsque nous la vîmes, elle était déjà tombée dans un degré avancé de marasme. Elle n'avait jamais eu d'ictère. La face était pâle, les joues excavées, les yeux enfoncés dans leurs orbites; une ulcération assez profonde existait à l'une des cornées transparentes. Les membres étaient secs et maigres. Depuis plusieurs mois, la grande faiblesse qu'éprouvait la malade l'obligeait à garder le lit. Tout le flanc droit était douloureux au toucher : il était manifestement tendu, plus saillant que l'autre; on ne pouvait cependant y circonscrire aucune tumeur : dans la partie postérieure de ce flanc, il y avait un empâtement assez considérable du tissu cellulaire sous-cutané. De temps en temps la malade ressentait une douleur très-vive, qui ne durait ordinairement que quelques minutes, et qui semblait suivre le trajet de l'urètre. L'urine, assez abondante, présentait un sédiment blanchâtre, qui paraissait être formé par du pus. Au niveau des dernières côtes droites, tant en avant que latéralement en arrière, le malade accusait une autre douleur que n'accompagnait ni toux, ni dyspnée. L'hypocondre droit était souple et indolent, ainsi que le reste de l'abdomen. La langue était pâle,

sans enduit, la soif nulle, l'appétit très-médiocre, les selles rares, consistantes, et ordinairement colorées en brun. Il y avait dans la journée un peu de fréquence du pouls, sans augmentation de la température de la peau ; mais chaque soir, un véritable mouvement fébrile s'allumait ; il commençait quelquefois par un peu de frisson, et ne se terminait jamais par de la sueur.

Cette femme fut regardée comme atteinte d'une inflammation chronique du rein droit. Quant à la douleur qu'elle ressentait au niveau des dernières côtes droites, nous fûmes porté à penser qu'elle dépendait d'une phlegmasie également chronique d'une portion de membrane séreuse, soit du péritoine périhépatique, soit de la plèvre.

L'ancienneté de la maladie, la fièvre hectique et le dépérissement de l'individu rendaient le pronostic fort grave ; la guérison semblait impossible ; on ne pouvait tout au plus qu'employer un traitement palliatif (*tisane d'orge, quelques cuillerées de vin d'aunée, cataplasmes narcotiques autour du flanc droit, sinapismes de temps en temps sur les extrémités inférieures, nourriture légère*).

Comme nous nous y attendions, l'état de la malade, loin de s'améliorer, s'aggrava de plus en plus : le marasme faisait chaque jour des progrès ; la faiblesse était extrême. Dans cet état de choses, de la diarrhée survint (selles semblables à de l'eau colorée en jaune, au nombre de huit à dix en vingt-quatre heures, non accompagnées de douleurs abdominales). La mort eut lieu une dizaine de jours après l'apparition de cette diarrhée. Jusqu'au dernier moment, la langue resta pâle et humide, les facultés intellectuelles se conservèrent intactes ; aucun embarras de la respiration, aucun râle ne fut observé.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Dernier degré du marasme. Aucune trace d'hydropisie.

Abdomen. Le rein droit était remarquable par son volume, plus grand d'un tiers environ que son volume normal. Il n'était plus constitué en quelque sorte que par une vaste poche, remplie de pus, divisée en plusieurs compartiments, et qui communiquait librement avec le bassinet ; l'intérieur de celui-ci était également plein de pus ; sa surface était rouge, ainsi que celle de l'uretère. On trouva aussi, dans le bas-fond de la vessie, de la rougeur sous forme de petites taches, au nombre de cinq à six, entre lesquelles la membrane muqueuse était blanche. Un liquide séroso-purulent était infiltré, dans le tissu cellulaire inter-musculaire et sous-cutané de la paroi postérieure du flanc droit. Le péritoine n'était le siége d'aucun épanchement.

Le foie n'était pas plus volumineux que de coutume ; mais son tissu était partout d'un gris pâle, et tellement ramolli, qu'en le pressant légèrement avec l'extrémité du doigt, celui-ci s'y enfonçait et le réduisait en une pulpe grisâtre ; très-peu de sang s'en écoulait par l'incision. Vers le centre du lobe droit, existait une cavité qui aurait pu admettre un petit œuf de poule, et que remplissait un pus blanchâtre inodore, semblable au pus de bonne nature des phlegmons. Les parois de cette cavité étaient tapissées par une fausse membrane très-dense, très-épaisse, formée par un assemblage de fibres entrecroisées en divers sens, lisse à sa surface en contact avec le pus, tenant au parenchyme du foie par de nombreux filaments dont la nature était difficile à déterminer. Immédiatement autour de cet abcès le foie n'était pas plus rouge qu'ailleurs.

Les voies d'excrétion de la bile, proprement dites, parurent exemptes de toute lésion. L'aspect de la bile contenue dans la vésicule ne fut point noté.

La rate avait son volume et sa consistance ordinaires.

L'estomac était pâle ; sa muqueuse un peu molle vers le grand cul-de-sac. Rien de remarquable dans le duodénum, dont la surface interne était pâle comme celle de l'es-

tomac, non plus que dans le jéjunum et dans la partie inférieure de l'iléum. Mais dans l'étendue de deux pieds au-dessus du cœcum, dans ce dernier intestin, et dans une grande partie du colon, on observait une vive rougeur arborisée de la membrane muqueuse, avec ramollissement de son tissu en quelques points.

Le cerveau était pâle, ainsi que ses membranes.

Les plèvres n'offrirent de trace d'inflammation que vers le sommet du poumon gauche : là existait autour du poumon une sorte de coiffe de consistance cartilagineuse ; au-dessous d'elle on trouvait le parenchyme pulmonaire dur et noir.

Dans la maladie dont nous venons de tracer l'histoire, il semble que l'affection du foie n'ait joué qu'un rôle très-secondaire. Sans doute cette affection contribua au dépérissement du sujet; mais pendant la vie la néphrite seule donna des signes caractéristiques de son existence; la douleur qui se faisait ressentir vers la région hépatique pouvait effectivement appartenir à beaucoup de parties, et seule elle ne pouvait révéler une maladie du foie.

L'altération qu'avait subie cet organe diffère à certains égards de celle que nous avons trouvée dans les observations précédentes. Ici encore il y a bien formation de pus; autour de l'abcès et dans le reste du parenchyme hépatique, il y a bien aussi ramollissement très-prononcé du tissu du foie; mais cet organe, loin d'être plus rouge, est, au contraire, beaucoup plus pâle, beaucoup moins rempli de sang que dans son état normal. Déjà, dans d'autres observations, nous avons constaté l'existence d'un pareil ramollissement du foie, avec notable décoloration de son tissu. Nous avons hésité alors à prononcer si c'était là une lésion inflammatoire. Ici la coexistence d'un abcès avec un pareil état du foie semble prouver la nature phlegmasique de cet état, quoique, selon nous, elle ne la démontre pas encore rigoureusement. Deux affections de nature différente ne peuvent-elles pas en effet exister simultanément dans un organe? Il ne faut pas croire qu'autour d'un abcès on doive nécessairement trouver de l'inflammation : nous avons vu plus d'un cas dans lequel l'organe où existait un abcès ne présentait d'autre trace de lésion que cet abcès lui-même.

Nul doute d'ailleurs que chez cet individu l'affection du foie n'ait eu une marche très-chronique. L'ancienneté de la douleur pourrait seule l'attester; mais on en a encore une preuve dans la texture de la fausse membrane qui tapissait les parois de l'abcès.

Ici encore une inflammation aiguë termina les jours de la malade. La

diarrhée, qui succéda à une habituelle constipation, fut le seul signe de l'entéro-colite aiguë, dont l'ouverture du cadavre démontra l'existence. Cette diarrhée séreuse, survenue sans douleur chez un individu déjà épuisé par une longue maladie, eût été rangée, il y a quelques années encore, au nombre des flux dits colliquatifs, et regardée comme indépendante de tout travail inflammatoire; celui-ci était cependant bien réel. Certes, les inflammations qui surviennent en pareil cas ne sont point liées à un état pléthorique; mais il faut admettre comme un fait, que, quelque petite que soit la quantité de sang qui reste dans l'économie, quelque épuisées que paraissent être les forces des malades, il n'y a pas moins appel très-facile et très-fréquent de ce reste de sang et de forces vers différents points irrités, et spécialement vers la membrane muqueuse gastro-intestinale. Il semble que, par cela seul que l'affection chronique primitive a rompu l'équilibre de l'état sain, il y a tendance continuelle à une inégale répartition de la vie et du sang dans les différents organes.

XXXe OBSERVATION.

Abcès du foie avec gangrène du parenchyme autour de lui. Gastrite et bronchite chronique. Absence de tout signe caractéristique de l'affection du foie.

Un homme, âgé de 60 ans, travaillant sur les ports, jouit d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 69 ans. Alors il commença à perdre l'appétit; bientôt il vomit le peu d'aliments qu'il prenait : il avait des rapports aigres; il sentait à l'épigastre un poids incommode, mais point de douleur. Les forces et l'embonpoint diminuèrent peu à peu.

Lorsque le malade entra à la Charité, sa face présentait une teinte jaune-paille très-prononcée; il était déjà dans un degré avancé de marasme. Le pouls était fréquent, la peau habituellement chaude; jamais il n'y avait de sueur. Langue blanchâtre, sans rougeur, constipation. Toux fréquente avec expectoration puriforme; râle muqueux en divers points de la poitrine.

Soumis à un traitement purement adoucissant et à une diète lactée, cet individu cessa de vomir, peu de jours après son entrée; les rapports devinrent très-rares; l'épigastre était indolent; on n'y sentait aucune tumeur. La fièvre avait cessé.

Vingt jours se passèrent ainsi; le malade se sentait mieux sous le rapport de l'affection gastrique, lorsque tout à coup le pouls reprit de la fréquence, une prostration de plus en plus grande se manifesta, la langue brunit, et la mort survint en quelques jours au milieu d'un état adynamique.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les parois de l'estomac, dans l'étendue de cinq à six travers de doigt en deçà du pylore, étaient considérablement augmentées d'épaisseur. Dans cet espace, la membrane muqueuse était ulcérée, et, à la place des tuniques subjacentes, on ne trouvait plus qu'un tissu homogène d'un blanc mat, criant sous le scalpel. Dans le reste de l'estomac, la membrane muqueuse était blanche, mais très-molle.

Des adhérences celluleuses unissaient le foie et l'estomac.

Le foie avait son volume ordinaire ; le lobe gauche présentait au toucher une fluctuation obscure ; il contenait, dans son intérieur, une cavité qui aurait pu admettre une pomme d'api, et qui était pleine de pus ; une membrane épaisse, résistante, en tapissait les parois. La portion de parenchyme qui entourait cette cavité était transformée, dans l'étendue de quelques pouces, en un putrilage noirâtre, d'où s'exhalait une odeur fétide, gangréneuse. Un peu plus loin le tissu du foie était rouge et ramolli, ailleurs il était sain.

Les poumons ne présentaient d'autre altération que d'anciennes adhérences celluleuses des plèvres, et une rougeur livide des bronches, dont la membrane muqueuse paraissait généralement épaissie.

Aucun signe ne révéla chez ce sujet l'affection du foie ; la douleur même qui existait chez le sujet de la vingt-neuvième observation manqua ici complètement. L'épaisseur de la membrane qui tapissait les parois de l'abcès démontre la chronicité de celui-ci.

C'est la seule fois que nous ayons vu la gangrène du foie ; elle avait pris naissance autour de l'abcès, vraisemblablement dans les portions de parenchyme déjà frappées de phlegmasie chronique. C'est ainsi qu'on voit la gangrène s'emparer quelquefois des portions enflammées de parenchyme pulmonaire qui entourent les excavations tuberculeuses. C'est vraisemblablement à dater du moment où survint cette gangrène, que se manifesta l'état adynamique au milieu duquel succomba le malade.

Chez les malades des observations précédentes nous n'avons pas vu qu'il y eût de toux ; chez celui-ci, au contraire, cette toux existait ; mais aussi l'ouverture du cadavre démontra l'existence d'une inflammation chronique des bronches. De là ne doit-on pas conclure que la toux, dite hépatique, signalée par les auteurs comme accompagnant fréquemment les affections du foie, et comme étant un simple résultat de l'irritation sympathique du poumon, est au moins beaucoup plus rare qu'on ne l'a dit, et que, de plus, lorsque de la toux se manifeste pendant le cours d'une maladie du foie, elle annonce le plus souvent une véritable complication de phlegmasie bronchique?

XXXIe OBSERVATION.

Abcès du foie ouvert dans l'estomac. Symptômes de gastrite chronique. Ictère au début.

Nous ne possédons que peu de notes sur l'individu qui fait le sujet de cette observation ; mais toujours savons-nous que, lorsqu'il entra à la Charité, il avait depuis long-

temps de l'anorexie, de la douleur à l'épigastre, jamais de vomissements, de fréquents accès de fièvre, et qu'il était déjà dans un degré avancé de marasme. La peau n'était que pâle ; mais, deux ans auparavant, vers le début de son affection, le malade avait eu un ictère qui avait duré près de quatre mois.

L'ouverture du cadavre nous montra les lésions suivantes :

1o Dans le crâne, une ossification d'une grande partie de la faux de la dure-mère. (L'individu avait à peine quarante ans).

2o Dans le thorax, quelques tubercules disséminés dans le parenchyme pulmonaire, sain d'ailleurs.

3o Dans l'abdomen, d'intimes adhérences du foie et de l'estomac ? A l'intérieur, celui-ci présentait, vers sa face postérieure, une solution de continuité qui intéressait toutes ses tuniques, qui était large comme une pièce de deux francs, et à travers laquelle un stylet introduit pénétra directement dans une cavité creusée dans le foie, assez vaste pour admettre une orange, et que remplissait un véritable pus. Les parois de cette cavité étaient tapissées par une membrane épaisse, dont la texture semblait être fibro-muqueuse. Autour de cet abcès, et dans le reste de son étendue, le parenchyme hépatique semblait être dans les conditions de texture de son état normal. Il en était de même des voies d'excrétion de la bile.

La perforation de l'estomac paraît ici s'être effectuée de dehors en dedans; l'inflammation s'est propagée d'abord du foie vers le péritoine situé entre lui et l'estomac, et a déterminé la formation d'adhérences entre ces deux organes; plus tard les tuniques de l'estomac se sont à leur tour enflammées en un point circonscrit de leur étendue, et il y a eu destruction successive et simultanée des membranes péritoniale, celluleuse, musculaire et muqueuse. Ce cas diffère ainsi d'autres cas plus communs, dans lesquels une ulcération, se formant dans l'estomac de dedans en dehors, finit par détruire en profondeur toutes les tuniques de l'estomac dans le point où elle a pris naissance; et alors les parois du ventricule, complètement détruites en ce point, sont suppléées soit par le foie, soit par le pancréas, etc.

Quoi qu'il en soit, la cavité purulente, creusée dans le foie, devait naturellement se vider en partie dans l'estomac ; aurait-on retrouvé du pus dans les évacuations alvines ? Remarquons que l'ouverture de communication entre l'intérieur de l'estomac et l'abcès hépatique était encore peu considérable, et qu'elle ne s'était peut-être formée que depuis peu de temps. La nature des selles eût pu seule nous éclairer sur ce dernier point. En cas pareil, les parois de l'abcès n'auraient-elles pas pu se rapprocher peu à peu, à mesure qu'il se fût vidé dans l'estomac? Si cela avait eu lieu, on conçoit que la guérison de la maladie du foie n'eût

pas été impossible. Des cas de ce genre ont été consignés dans les Mémoires de l'ancienne académie de chirurgie.

On n'oubliera pas de remarquer que, dans le cas qui vient d'être rapporté, aucune altération appréciable du foie n'existait hors de l'endroit occupé par l'abcès ; on n'hésite pas cependant à regarder celui-ci comme ayant été produit par un travail inflammatoire. Mais supposez une matière dure, du tissu encéphaloïde, par exemple, existant ainsi au milieu du foie sans altération de texture de l'organe autour d'elle ; cette dernière circonstance ne pourra plus être pour vous un motif de rejeter l'existence d'une inflammation antécédente, là où a pris naissance la production accidentelle. Il est d'ailleurs vraisemblable qu'à une certaine époque le foie eût été trouvé plus ou moins altéré autour de l'abcès ; mais il était revenu à son état normal, à mesure qu'une membrane, s'organisant autour du pus, l'avait de plus en plus complètement séparé du parenchyme hépatique, au milieu duquel il séjournait comme un corps étranger. Dans cet état de choses, l'existence d'un abcès dans le foie peut être conçu sans qu'il en résulte aucun trouble ni pour la texture, ni pour les fonctions de cet organe. C'est ce qui arrive indubitablement pour l'encéphale : l'observation a démontré l'existence d'abcès enkystés dans le cerveau d'individus qui, plus ou moins longtemps auparavant, avaient eu tous les signes d'une encéphalite aiguë. Les symptômes de celle-ci avaient disparu, et la maladie avait pu être regardée comme complètement guérie ; cette guérison cependant n'était en quelque sorte que provisoire, jusqu'à ce qu'un nouveau travail d'inflammation vînt à se déclarer autour de l'abcès. C'est encore ainsi qu'on peut concevoir comment un corps étranger a pu séjourner longtemps dans le cerveau, sans manifester sa présence par aucun accident, puis révéler tout à coup son existence par différents signes d'encéphalite ou d'hémorrhagie cérébrale.

Chez l'individu dont l'observation donne lieu à ces réflexions, il n'y avait non plus aucun signe caractéristique d'une affection chronique du foie. Mais si l'on remonte à l'examen d'autres époques de sa maladie, on trouvera que, lorsqu'il commença à ne plus jouir de son état de santé habituelle, il eut un ictère qui fut d'assez longue durée. A aucune époque, d'ailleurs, l'inflammation du foie et la suppuration par laquelle elle se termina ne furent annoncées par de la douleur. Cela est encore moins étonnant dans ce cas, où la maladie eut une marche essentiellement chronique, que dans d'autres cas bien constatés où cette marche

fut aigue. S'il est vrai de dire que la douleur se montre dans la plupart des phlegmasies aigues, il faut aussi reconnaître que, pour aucune, elle n'est une condition nécessaire de leur existence. N'y a-t-il pas aussi des pleurésies et des péritonites indolentes?

XXXIIe OBSERVATION.

Abcès du foie ouvert dans le péritoine. Augmentation de volume du foie. Ictère. Douleur à l'épaule droite. Gastrite chronique au début.

Un tailleur, âgé de 50 ans, ayant eu plusieurs fois des maladies vénériennes qui furent combattues par le mercure donné intérieurement et en friction, commença à éprouver, dès l'âge de 49 ans, à la suite d'un dernier traitement antisyphilitique, dans lequel il prit beaucoup de salsepareille et la liqueur de Van Swieten, commença, dis-je, à éprouver quelques douleurs passagères à l'épigastre. Par leur retour brusque et leur cessation subite, ainsi que par leur nature et leur intensité, ces douleurs ressemblaient assez bien à ce qu'on désigne vulgairement sous le nom de *crampe d'estomac*. Dans leur intervalle, l'appétit était conservé et la santé paraissait très-bonne. Peu à peu cependant l'embonpoint se perdit, les forces diminuèrent; ces douleurs gastriques, passagères, mais très-vives, furent remplacées par une douleur sourde, ou plutôt par une sensation habituelle de pesanteur, d'embarras à l'épigastre; l'appétit devint irrégulier, puis se perdit tout à fait. Tels furent les symptômes qui se succédèrent pendant dix-huit mois; le malade ne cessa pas toutefois de se livrer à ses occupations. Au bout de ce temps, les conjonctives et la peau commencèrent à présenter une teinte jaune, qui devint de plus en plus prononcée, sans qu'aucune douleur se fût manifestée à la région du foie. Mais quelque temps après l'apparition de l'ictère, une douleur incommode et continuelle se déclara vers l'épaule droite : elle ne cessa pas depuis de se faire plus ou moins sentir.

Lorsque nous vîmes le malade, toute la surface cutanée était d'une teinte jaune très-prononcée. La douleur de l'épaule droite existait. Dans l'hypochondre droit, on sentait le foie qui débordait de trois travers de doigt le rebord des côtes : on le pressait sans qu'il parût douloureux. L'affection de l'estomac était caractérisée par un dégoût complet pour toute espèce d'aliments, par une pesanteur habituelle à l'épigastre, des vomissements par intervalles, une sensation de chaleur brûlante qui se manifestait de temps en temps dans le trajet de l'œsophage en semblant partir du cardia. La langue était habituellement couverte d'un enduit blanchâtre, sans rougeur de ses bords; les selles étaient rares. Il y avait chaque soir un mouvement fébrile assez prononcé.

Un jour des douleurs très-vives se firent sentir dans l'hypochondre droit, et le lendemain elles existaient dans toute l'étendue de l'abdomen. En même temps, vomissements, tension du ventre qu'on ne peut presser en aucun de ses points sans exaspérer les douleurs; le décubitus sur le dos est seul possible. Le pouls devient misérable, irrégulier; la peau se refroidit, et la mort survient trois jours après l'invasion de ces douleurs.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Épanchement séro-purulent dans le péritoine; foie plus volumineux que de coutume, hypertrophié. En le soulevant, on aperçoit, un peu à droite de la vésicule, à la face

inférieure de son lobe droit, une ouverture pratiquée dans son parenchyme, à travers laquelle le doigt indicateur peut être facilement introduit : cette ouverture conduit dans une cavité remplie de pus, dont les parois sont constituées par le parenchyme du foie; inférieurement ce parenchyme ne constitue qu'un plancher très-mince, ou comme une lame de quelques lignes, qui sépare la cavité pleine de pus, creusée dans le foie, de la cavité péritonéale. C'est cette lame mince du tissu hépatique, qui s'est rompue en un de ses points, et qui a permis au pus formé dans le foie de s'épancher dans le péritoine, d'où est résulté la production d'une phlegmasie aiguë de cette membrane.

Les voies d'excrétion de la bile furent trouvées dans leur état sain.

La membrane muqueuse gastrique ne pouvait s'enlever en lambeau en aucun point du grand cul-de-sac : dans cette même étendue, elle présentait deux ou trois taches rouges, ayant chacune la grandeur d'une pièce de deux francs. En quelques endroits son ramollissement était tel, qu'elle ne ressemblait plus qu'à du mucus liquide déposé sur le tissu cellulaire subjacent. Dans la portion pylorique, la membrane muqueuse de l'estomac était, au contraire, épaissie, hypertrophiée, et sa couleur était brunâtre : cette même couleur se retrouvait dans les deux premières portions du duodénum.

La rate était de volume et de consistance ordinaires.

L'estomac fut chez ce sujet le premier organe qui parut malade. Il est impossible de dire à quelle époque commença l'affection du foie; il est vraisemblable que la phlegmasie de l'estomac s'étendit peu à peu à l'appareil biliaire : on ne fut averti de l'existence d'une affection quelconque de celui-ci que par l'apparition d'un ictère, qui, au lieu de n'avoir qu'une durée passagère, comme chez le sujet de la trente-et-unième observation, persista au contraire jusqu'à la mort. Sauf cependant un peu d'augmentation dans le volume du foie, qui existait ici, et non pas dans la trente-et-unième observation, l'état de cet organe était le même dans les deux cas. Dans tous deux, l'abcès était situé beaucoup plus près de la face concave que de la face convexe de l'organe. Dans la trente-et-unième observation seulement il occupait le lobe gauche, et dans la trente-deuxième observation, le lobe droit.

Cette observation est la première dans laquelle nous trouvons, au nombre des phénomènes morbides qui se manifestent pendant le cours d'une maladie du foie, la douleur de l'épaule droite; elle n'a été rencontrée par M. Louis dans aucun des cinq cas d'abcès du foie qu'il a rapportés. Il faut du moins en conclure que cette douleur s'observe, dans les diverses affections du foie, beaucoup moins souvent qu'on ne l'a dit et écrit.

Les diverses observations relatives aux abcès du foie que nous venons de rapporter nous ont montré les principales variétés que ces abcès peuvent présenter, 1° dans leur anatomie pathologique; 2° dans leurs causes; 3° dans leurs complications; 4° dans leur marche; 5° dans leurs symptômes; 6° dans leurs modes de terminaison. Nous avons parlé ailleurs de ces collections purulentes qu'on trouve quelquefois dans le parenchyme hépatique, et qui semblent y avoir été déposées plutôt qu'elles n'y sont formées : nous n'y reviendrons point ici. Ces collections purulentes coïncident ordinairement avec d'autres collections que l'on trouve dans divers organes, et, dans le plus grand nombre de cas, elle nous semblent liées à une phlébite.

Citons maintenant plusieurs cas où, à la place du pus, s'est formée dans le parenchyme hépatique une autre espèce de production accidentelle, dont les deux principales variétés ont été désignées sous les noms de squirrhe et de tissu encéphaloïde. Ayant déjà fait connaître notre opinion sur l'origine et la nature de ces productions, et nous proposant d'y revenir avec plus de détails dans un autre ouvrage (*Précis d'Anatomie pathologique*), nous ne nous éloignerons pas ici du langage généralement reçu; nous conserverons provisoirement des expressions qui ne nous semblent ni justes ni suffisantes, mais dont l'usage a consacré l'emploi, et, supposant connue la disposition anatomique du cancer du foie, nous nous occuperons surtout, dans les observations qui vont suivre, d'en faire ressortir les symptômes et la marche. Ces observations démontreront combien sont variables les signes qui annoncent les affections cancéreuses du foie. Ainsi, sous le rapport des symptômes, il y a un grand nombre de nuances à établir entre celles de ces affections où il y a à la fois tumeur dans l'hypochondre droit, douleur dans cette même partie, ictère, ascite, anasarque, et celles où l'on n'observe plus aucun de ces phénomènes morbides, et où l'ouverture du cadavre révèle seule l'affection du foie. Sous le rapport de la marche, il y a telle de ces affections qui ressemble véritablement à une maladie aiguë, qui se développe et se termine par la mort en un très-court espace de temps; il y en a telle autre qui persiste pendant un grand nombre d'années, sans produire longtemps de symptômes bien graves. Nous allons voir d'ailleurs que, comme les autres maladies du foie dont nous avons déjà parlé, le carcer du foie est le plus souvent accompagné, pendant la vie, de symptômes d'affection gastro-intestinale, et qu'après la mort on trouve fréquemment, mais non pas toujours, dans le tube diges-

tif, et spécialement dans l'estomac, des traces d'inflammation chronique.

Nous commencerons par citer un cas de cancer du foie remarquable par sa marche rapide.

§ II. OBSERVATIONS SUR LE CANCER DU FOIE.

XXXIIIe OBSERVATION.

Tumeur cancéreuse du foie et de l'épiploon gastro-hépatique, terminée par la mort trois semaines après l'apparition de ses premiers symptômes. Ictère. État sain du tube digestif.

Un marchand forain, âgé de 45 ans environ, avait été atteint plusieurs fois de fièvres intermittentes ; cependant il jouissait, depuis l'âge de quarante ans, d'une santé parfaite. Pendant le cours du mois d'avril 1820, il ressentit quelques légères douleurs immédiatement au-dessous du bord cartilagineux des fausses côtes droites ; vers la fin du mois, un ictère se manifesta ; il entra alors à la Charité. Lorsque nous le vîmes, il n'avait pas de fièvre ; l'appétit était très-bon ; les fonctions digestives paraissaient intactes ; seulement les selles étaient décolorées ; l'urine avait une teinte rouge orangée ; l'hypochondre droit était souple et indolent (*petit-lait avec acétate de potasse, calomel et savon en pilules*).

Le 2 mai, les douleurs de l'hypochondre droit reparurent : les jours suivants, elles persistèrent, la fièvre s'alluma, l'hypochondre devint tendu; comme s'il avait été occupé par le foie tuméfié (*sangsues sur l'hypochondre*).

Le 9 mai, nous commençâmes à sentir, immédiatement au-dessous du rebord des côtes, à droite de l'épigastre, une tumeur globuleuse, immobile, très-douloureuse lorsqu'on exerçait sur elle une légère pression (*cataplasmes narcotiques*).

Du 9 au 15, cette tumeur acquit un grand développement; elle devint sensible à la vue, et à côté d'elle ne tardèrent pas à se manifester plusieurs autres petites tumeurs bosselées, inégales et douloureuses.

Du 15 au 20, ces tumeurs se prolongèrent derrière les cartilages des côtes et les soulevèrent fortement; en même temps le malade commença à vomir ses boissons, trois ou quatre heures après les avoir prises ; la fièvre était continue avec un violent redoublement chaque soir, pendant lequel les douleurs de l'hypochondre devenaient déchirantes; le malade dépérissait avec une effrayante rapidité ; le 20, il était parvenu au dernier degré du marasme et de la faiblesse ; il succomba le 21.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le foie, volumineux, dépassait le rebord des côtes de quatre travers de doigt. De sa face convexe faisaient saillie plusieurs tumeurs formées par un mélange de productions accidentelles, ordinairement désignées sous le nom de tissus squirrheux, encéphaloïde et tuberculeux. Ces tumeurs se prolongeaient assez profondément dans l'intérieur du viscère. Entre elles, le tissu du foie ne paraissait point altéré.

Des tumeurs de même nature entouraient et comprimaient les canaux hépatique et cholédoque, ainsi que l'extrémité pylorique de l'estomac.

On ne trouva aucune lésion appréciable dans le tube digestif.

Il est possible que les tumeurs du foie et de l'épiploon gastro-hépatique qui viennent d'être décrites existassent déjà chez cet individu depuis plusieurs années, et que leur origine première fût liée aux fièvres intermittentes répétées auxquelles il avait été sujet. L'existence de pareilles tumeurs encore petites, peu nombreuses, et à l'état de crudité, n'est pas en effet incompatible avec un assez bon état de santé. Mais ce que nous voulons surtout faire ressortir ici, c'est l'extrême rapidité de leur accroissement; ce sont les accidents promptement mortels auxquels ce rapide accroissement donna lieu. Le mouvement fébrile fut ici semblable à celui qui accompagne une inflammation aiguë du tube digestif; l'intensité de la douleur fut en rapport direct avec l'acuité du développement du cancer. On remarqua aussi avec quelle promptitude le malade arriva au dernier degré du marasme. Combien, dans cette rapide et profonde altération de la nutrition, ne doivent pas être modifiés eux-mêmes et le sang et le système nerveux! de là, vraisemblablement, l'extinction de la vie.

On peut comparer cette observation avec celles citées dans un des volumes précédents, qui sont relatives à des cas de développement aigu de tubercules au sein du parenchyme pulmonaire.

Nous n'oublierons pas de noter, dans cette circonstance, l'état très-sain du tissu du foie autour des masses cancéreuses. N'est-ce pas cependant en pareil cas qu'on aurait dû y trouver des traces d'inflammation? Nous soumettons ce fait aux méditations de ceux qui rapportent à celle-ci la cause de toute production accidentelle.

L'ictère qui exista pendant toute la durée du séjour du malade à la Charité, pourrait être lié à l'altération du parenchyme hépatique; mais, de plus, nous trouvons ici, pour l'expliquer, une cause toute mécanique d'obstruction dans les tumeurs, dont l'ouverture du cadavre démontra l'existence autour des canaux hépatique et cholédoque; aussi, dans ce cas, la nature des selles annonça, avant la mort du malade, que la bile n'arrivait plus dans le duodénum.

Les vomissements survenus dans les derniers temps ne furent point expliqués par un état morbide des voies digestives; l'estomac, le duodénum, le reste du tube digestif furent trouvés exempts de toute espèce d'altération. Ces vomissements n'étaient-ils pas dus à la compression exercée sur le pylore par les tumeurs qui l'entouraient? Ce fait prouve, d'ailleurs, qu'on peut avoir de la fièvre et mourir sans qu'il y ait phlegmasie gastro-intestinale.

XXXIVe OBSERVATION.

Tumeurs cancéreuses dans le foie, et de plus dans l'estomac, dans les ganglions lymphatiques pré-rachidiens, et autour de l'utérus. Tumeur et douleur dans l'hypochondre droit : ictère; ascite.

Une blanchisseuse, âgée de 53 ans, était malade depuis sept mois, lorsqu'elle entra à la Charité. Elle avait eu d'abord tous les symptômes d'un rhumatisme aigu : douleur à la région lombaire; tuméfaction douloureuse de plusieurs articulations; fièvre. Elle entra alors à l'Hôtel-Dieu, où elle fut saignée plusieurs fois. Lorsqu'elle en sortit (trois semaines environ après y être entrée), elle était délivrée des douleurs articulaires et de celles de la région lombaire. Mais bientôt de nouveaux accidents survinrent : elle commença à ressentir une douleur sourde au niveau des dernières côtes droites; en même temps les fonctions digestives, bonnes jusqu'alors, se dérangèrent : la bouche était toujours sèche et souvent amère; beaucoup de rapports aigres suivaient l'introduction des aliments dans l'estomac : ces derniers étaient de temps en temps vomis. Aucune douleur ne se faisait d'ailleurs sentir à l'épigastre. Ces divers symptômes apparurent et persistèrent pendant les six mois qui précédèrent l'entrée de la malade à la Charité. Lorsque nous la vîmes, elle nous offrit l'état suivant :

La maigreur était considérable; les conjonctives étaient jaunes, ainsi que toute l'enveloppe cutanée. Cet ictère n'existait que depuis six semaines. L'abdomen était le siége d'une fluctuation évidente; la malade disait que son ventre avait commencé à grossir à peu près à la même époque où elle était devenue jaune; les membres n'avaient jamais été infiltrés. L'hypochondre droit et la partie droite de l'épigastre étaient occupés par une tumeur dont on pouvait mal apprécier la forme et circonscrire les limites, en raison du liquide épanché dans le péritoine, et dont une certaine quantité était interposée entre la tumeur et les parois abdominales. Cette tumeur était d'ailleurs bien distincte; la malade y ressentait, mais par intervalles seulement, des douleurs assez vives, mais qui ne survenaient point par élancements. Dans tout l'hypochondre droit la pression était douloureuse; partout ailleurs l'abdomen était indolent. La langue, rugueuse, était couverte d'un enduit jaunâtre épais. Une anorexie complète existait depuis cinq mois. La bouche était habituellement sèche, sans qu'il y eût beaucoup de soif; l'introduction des aliments et même des boissons dans l'estomac était suivie d'une sensation de pesanteur à l'épigastre. Cette sensation se transformait en celle d'une chaleur brûlante, lorsque la malade buvait une seule cuillerée. Des vomissements n'avaient pas eu lieu depuis longtemps; mais souvent elle rendait, comme par régurgitation, une certaine quantité de mucosités qu'elle appelait des glaires. Il y avait habituellement une forte constipation. L'urine était d'un rouge acajou, peu abondante, et brûlait au passage. Le pouls était sans fréquence, et remarquable par son extrême petitesse; la peau était sèche et sans chaleur; mais chaque soir, depuis deux à trois mois, la malade se sentait brûlante (*boissons émollientes*, *diète lactée*).

Cette malade succomba six jours après son entrée à l'hôpital. Pendant ce court espace de temps, toutes les boissons qu'elle prit furent rejetées par le vomissement; de fréquentes lipothymies eurent lieu, les deux cuisses s'infiltrèrent un peu; l'urine offrit un dépôt rose très-abondant. Le pouls cessa peu à peu de se faire sentir. A la suite d'un dernier effort pour vomir, il survint une syncope qui se transforma en mort réelle.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le foie dépassait le rebord des côtes de plusieurs travers de doigt. Il était bosselé, parsemé de taches blanches, irrégulières, au centre de plusieurs desquelles existait un enfoncement. Ces taches correspondaient à autant de masses cancéreuses qui existaient en grand nombre dans l'intérieur du foie. Trois substances d'aspect différent les constituaient, l'une d'un blanc jaunâtre et friable ; l'autre grisâtre ; la troisième d'un blanc mat, parcourue par de nombreuses lignes rougeâtres.

Autour de ces produits morbides, dans l'étendue de quelques lignes, le tissu du foie était plus mou, plus friable et plus rouge qu'ailleurs.

Les canaux biliaires, à leur sortie du foie, étaient entourés par de grosses masses cancéreuses, qui pouvaient contribuer à en oblitérer la cavité.

Estomac. — Non loin du pylore, qui est libre, la membrane muqueuse est soulevée par une tumeur irrégulièrement arrondie, du volume d'une grosse châtaigne, formée par un tissu d'un blanc mat ; au-dessous d'elle la membrane musculaire est saine. La portion de muqueuse qui la recouvre lui adhère intimement ; elle est manifestement épaissie et d'une couleur grise ardoisée. Un liquide semblable à de la suite remplit l'estomac.

Au devant de la colonne vertébrale existent d'autres masses cancéreuses, dont plusieurs soulèvent l'aorte.

Cinq ou six petites tumeurs, ayant chacune le volume d'une noisette, formées par un tissu d'un blanc mat et sans apparence de fibres, existent entre le tissu propre du corps de l'utérus et le péritoine qui le recouvre.

La marche de ce cancer du foie a encore été assez rapide ; la malade succomba six mois seulement après l'apparition des premiers symptômes qui révélèrent chez elle l'existence d'une affection quelconque du foie et de l'estomac. Il serait difficile de dire ici laquelle des deux affections précéda l'autre ; il semble qu'elles ont pris naissance à peu près dans le même temps. La maladie du foie est dans cette observation le plus caractérisée possible ; il y a douleur et tumeur de l'hypochondre droit, ictère et ascite. La douleur fut un des premiers symptômes qui apparurent. Elle ne fut jamais aussi vive que chez le sujet de l'observation trente-troisième ; elle ne fut pas d'ailleurs lancinante, comme on dit que le sont toutes les douleurs des affections cancéreuses. Quant à l'ictère, nous le trouvons encore ici coïncider avec l'existence des tumeurs qui, développées autour des canaux biliaires, pourraient les comprimer ou les irriter.

On n'oubliera pas de remarquer que chez cet individu, partout où la nutrition s'était éloignée de son type normal, il y avait eu développement des produits accidentels de même nature. Ainsi, rien ne ressemblait plus

à la matière trouvée dans le foie que celle qui était déposée dans l'épaisseur des parois de l'estomac, autour du corps de l'utérus et au-devant de la colonne vertébrale; cela est surtout remarquable autour de l'utérus, où le plus ordinairement ce sont des tumeurs fibreuses qui prennent naissance.

XXXVe OBSERVATION.

Cancer du foie et de la rate. Tumeur douloureuse dans l'hypochondre droit. Ictère. Pas d'ascite. Ramollissement de la membrane muqueuse gastrique. Couleur ardoisée du duodénum.

Un charpentier, âgé de 65 ans, avouant avoir fait abus des liqueurs alcooliques, entra à la Charité le 6 janvier 1820. Quinze mois auparavant il avait commencé à perdre l'appétit; puis l'ingestion des aliments dans l'estomac était devenue douloureuse, les forces et l'embonpoint avaient graduellement diminué. Il prit alors plusieurs élixirs stomachiques qui ne le guérirent pas. Quatre mois environ après que ses digestions eurent commencé à se déranger, il ressentit, pour la première fois, de la douleur à la région hépatique, et ses urines devinrent jaunes. D'abord peu intenses, et ne se reproduisant que par intervalles, les douleurs de l'hypochondre droit ne tardèrent pas à devenir plus vives, continuelles, lancinantes. Plus tard encore, la teinte jaune ne se borna plus aux urines; elle envahit les conjonctives, puis toute la peau : cependant le dérangement des fonctions digestives n'avait pas augmenté. A une époque encore plus rapprochée de celle où le malade entra à la Charité, l'hypochondre gauche devint également douloureux.

Lorsque nous vîmes cet individu, il souffrait beaucoup, sans pouvoir assigner un siége précis à ses douleurs; il disait seulement qu'elles existaient dans toute la partie supérieure du ventre. Cependant on la faisait naître avec plus de force lorsqu'on exerçait une pression, même peu considérable, sur les différents points de l'hypocondre droit. Le palper, convenablement exercé, y faisait reconnaître l'existence d'un corps solide, qui semblait naître derrière les côtes, s'étendait en bas à peu près au niveau de l'ombilic, et à gauche dépassait un peu la ligne blanche. Ce corps, qui paraissait être le foie développé, et que l'on sentait d'autant mieux qu'il n'y avait pas d'ascite, et que les parois abdominales étaient considérablement amincies : ce corps, dis-je, n'avait point une surface égale; il s'en élevait au contraire de nombreuses inégalités, des espèces de bosselures que le palper découvrait facilement. Une de ces bosselures existait immédiatement à droite de l'appendice xyphoïde qu'elle touchait; plusieurs, et en particulier celle dont la situation vient d'être indiquée, étaient d'une très-grande sensibilité au moindre contact. On ne reconnaissait de tumeur en aucun autre point de l'abdomen. Toute la peau était d'une teinte jaune-verdâtre. Du côté des voies digestives, il n'y avait d'autre symptôme qu'une anorexie complète, la décoloration et la grande rareté des selles. Le pouls était habituellement fréquent, sans que la température de la peau fût élevée.

Cet individu succomba vingt-trois jours après son entrée, sans avoir présenté aucun nouveau symptôme.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le foie, volumineux, occupait dans l'abdomen la même étendue que celle qui avait été reconnue pendant la vie. Il avait une couleur verdâtre en plusieurs points, brunâtre

dans d'autres. De sa surface convexe s'élevaient plusieurs tumeurs, dont les unes étaient dures, et les autres molles et comme fluctuantes. Ce sont ces tumeurs qui constituaient les bosselures pendant la vie. En les incisant, on voyait qu'elles étaient composées par une matière blanche, dure dans les unes, molle et réduite en bouillie dans les autres, salie ailleurs par du sang qui y était mêlé. Cette matière se continuait dans l'intérieur du foie, et avait remplacé en grande partie son parenchyme ordinaire : en plusieurs points, celui-ci en était comme infiltré, d'où résultait, au lieu de masses incolores et bien isolées, un tissu rougeâtre, comme panaché de blanc. Ailleurs cette dernière couleur devenait de plus en plus prédominante, et le tissu hépatique ne représentait plus alors que quelques lignes rouges qui traversaient en sens divers la production accidentelle développée dans son sein, et qui, à mesure qu'elle s'était accrue, semblait s'être agrandie en déterminant l'atrophie des portions du parenchyme hépatique avec lesquelles elle se trouvait en contact.

Aucune lésion appréciable ne fut trouvée dans les canaux hépatique, cholédoque et cystique, non plus que dans la vésicule : celle-ci contenait, au lieu de bile, plusieurs petits calculs unis entre eux par du mucus.

La rate, cachée derrière les fausses côtes gauches, n'était point augmentée de volume ; son tissu ne paraissait ni plus dense, ni plus rouge que de coutume ; mais dans son intérieur étaient disséminées plusieurs masses blanchâtres, tout à fait analogues à celles du foie, et qui semblaient comme déposées dans plusieurs cellules de la rate, à la place du sang plus ou moins modifié qui y est ordinairement contenu.

La membrane muqueuse de l'estomac était ramollie dans presque toute son étendue: nulle part on ne pouvait l'enlever en lambeaux, et vers le grand cul-de-sac, elle ne constituait plus qu'une sorte de mucosité apposée sur la tunique lamineuse ; elle était çà et là pointillée de rouge. Dans l'étendue de trois travers de doigt en deçà du pylore, la membrane muqueuse reprenait sa consistance accoutumée, et elle avait une teinte ardoisée : cette même couleur était affectée par la membrane muqueuse des deux premières portions du duodénum. — Nous ne trouvâmes rien de remarquable dans le reste du tube digestif, si ce n'est un paquet hémorrhoïdal considérable autour de l'anus.

Rien de notable dans les autres organes. Caillots fibrineux très-denses dans les cavités du cœur, se prolongeant dans les veines-caves et dans l'aorte ; taches jaunâtres à la surface interne de celle-ci.

La maladie a eu ici une durée plus longue que dans les deux cas précédents. Les premiers symptômes furent ceux d'une lésion de l'estomac, et ce ne fut que consécutivement que le foie parut s'affecter, ou que du moins en apparurent les signes. Ceux-ci furent au nombre de trois : douleur, tumeur et ictère. La douleur se montra la première ; elle eut ici un caractère lancinant. On trouve rarement aussi bien dessinées pendant la vie les bosselures qui se développent sur la périphérie des foies cancéreux. Aussi, d'après leur seule existence, et d'après leur vive sensibilité, la nature de l'affection du foie put être diagnostiquée. Quant à l'ictère, nous ne trouvons plus ici aucun obstacle mécanique dans les voies d'excrétion de la bile qui puisse en expliquer la production.

En placerons-nous la cause dans l'existence des masses cancéreuses? Mais tout-à-l'heure nous allons voir de semblables masses, aussi considérables et aussi nombreuses, exister sans ictère. Il n'y a plus chez ce sujet aucune trace d'ascite, tandis qu'elle existait dans les observations précédentes, où la lésion organique n'était cependant pas différente, du moins en apparence.

Il n'est peut-être pas inutile de noter que chez cet individu où la même modification de nutrition fut trouvée dans le foie et dans la rate, l'estomac, depuis longtemps malade, ne partagea point cette modification; on trouva sa membrane muqueuse ramollie, rouge en quelques points, ardoisée en d'autres, et rien autre chose.

XXXVIe OBSERVATION.

Cancer du foie. Gastro-duodénite chronique. Tumeur dans l'hypochondre droit. Ictère.

Un écrivain public, âgé de 37 ans, jouissait d'une bonne santé, lorsqu'un jour, après s'être exposé à un courant d'air froid pendant qu'il était en sueur, il fut pris de divers symptômes d'un choléra-morbus : évacuations excessivement abondantes par haut et par bas; prostration subite, etc. Ces symptômes se dissipèrent au bout de peu de jours; mais dès ce moment il éprouva à digérer ses aliments une difficulté qui lui était auparavant inconnue : il s'apercevait de leur séjour dans l'estomac par une sorte de sentiment de plénitude et de tension abdominale qu'il éprouvait alors; il avait assez fréquemment de la diarrhée. Trois années se passèrent ainsi, au bout desquelles il devint jaune. C'est alors qu'il entra à la Charité.

L'émaciation était déjà considérable : toute la peau présentait une forte teinte ictérique, qui existait depuis sept à huit mois. On sentait très-distinctement dans l'hypocondre droit un corps à surface égale, qui se terminait par un bord assez mince un peu au-dessous du niveau de l'ombilic, et qui, à gauche, s'étendait dans l'épigastre un peu au-delà de l'appendice xyphoïde. Le malade ne s'était pas aperçu de l'existence de cette tumeur; il n'y avait jamais ressenti la moindre douleur, et, par la pression, par le palper exercé en divers sens, on n'en déterminait aucune. On ne pouvait guère hésiter à admettre que cette tumeur fût le foie augmenté de volume; mais quel était le genre d'affection dont il était atteint? Était-il simplement hypertrophié, induré, ramolli? des productions accidentelles s'y étaient-elles développées? c'est ce qu'il était impossible de décider. Il n'y avait actuellement et il n'y avait eu aucune trace d'hydropisie. Depuis longtemps le malade avait complètement perdu l'appétit : lorsqu'il introduisait la moindre substance nutritive, solide ou liquide, dans son estomac, il éprouvait un accablement, un malaise général très-prononcés, et en même temps une sensation de gonflement à l'épigastre, mais jamais une véritable douleur. Une grande quantité de gaz étaient rendus par la bouche; à peine le malade avait-il vomi deux ou trois fois depuis que ses digestions avaient commencé à se déranger. Il se plaignait d'éprouver assez fréquemment des battements de cœur, précédés quelquefois d'une assez vive douleur à la région précordiale. Il éprouvait aussi de temps en temps de très-

pénibles céphalalgies, des éblouissements, des troubles de vue, des fourmillements dans les mains et dans les pieds, des contractions chroniques passagères des différents muscles. Il disait n'avoir plus d'énergie physique et morale, et être continuellement brisé, comme un homme qui vient de se livrer à un exercice au-dessus de ses forces. Il y avait plusieurs mois que les fréquentes diarrhées auxquelles le malade était sujet avaient été remplacées par une constipation constante ; celle-ci datait à peu près de l'époque de l'apparition de l'ictère. La couleur des selles n'a point été constatée, non plus que celle des urines. Le pouls était constamment fréquent, la paume des mains brûlante; la température du reste de la surface cutanée était naturelle; la peau restait toujours sèche, et le malade se plaignait d'y ressentir une démangeaison habituelle très-incommode.

On donna l'eau de Vichy, qui n'eut d'autre effet que d'allumer la fièvre, et de faire naître à l'épigastre des douleurs que le malade n'y avait pas encore ressenties. Ce mouvement fébrile et ces douleurs cessèrent dès que l'eau minérale ne fut plus administrée. Les mêmes accidents furent déterminés par l'emploi des pilules de calomélas et de savon médicinal.

Pendant les deux mois de séjour que fit le malade à la Charité, nous le vîmes peu à peu s'affaiblir, sans qu'il présentât d'ailleurs aucun nouveau symptôme. Cependant il paraissait être encore assez éloigné du terme fatal, lorsque tout à coup, sans cause connue, apparurent les symptômes d'une pleuro-pneumonie droite, qui, vainement combattue par des révulsifs appliqués sur le thorax et aux extrémités inférieures, entraîna rapidement le malade au tombeau.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Teinte jaune-verdâtre très-prononcée de toute l'enveloppe cutanée; quelques taches rouges, semblables à des ecchymoses, aux deux jambes. Marasme squelettique; aucune trace d'hydropisie.

Le foie forme dans l'abdomen une volumineuse tumeur qui occupe l'hypochondre droit, l'épigastre, l'hypochondre gauche, et descend jusqu'au niveau de l'ombilic. Il présente une surface lisse et égale. Extérieurement il est remarquable par sa couleur d'un vert brunâtre, et n'offre aucune autre altération. Mais à peine l'a-t-on incisé, qu'on le trouve rempli de nombreuses masses blanchâtres dures ou molles, et réduites en bouillie, plusieurs parcourues par des lignes rougeâtres qui laissent entre elles des espèces d'aréoles de forme et de grandeur variées, d'autres salies par du sang épanché au milieu d'elles. Ces masses semblent comme enchatonnées au milieu du tissu du foie, qui, autour d'elles, ne présente d'autre altération que celle de sa couleur déjà indiquée. — De la bile existe dans la vésicule ; les canaux hépatique, cystique et cholédoque, paraissent être dans leur état normal.

La surface interne de l'estomac offre dans toute son étendue une couleur ardoisée qui réside dans la membrane muqueuse; celle-ci est considérablement épaissie, indurée, inégale à sa surface, mamelonnée, suivant l'expression consacrée par M. Louis. La même couleur se continue dans le duodénum ; on remarque de plus, dans celui-ci, un très-remarquable développement de follicules.

Dans le reste du tube digestif on ne trouve autre chose que de larges plaques ovalaires, pointillées de noir, vers la fin de l'iléum (glandes de Peyer), et une coloration brunâtre du cœcum.

Les ganglions mésentériques, surtout ceux qui correspondent au cœcum, sont volumineux et d'un rouge pâle à leur intérieur.

Des fausses membranes molles, de formation récente, unissent, dans une grande

partie de leur étendue, les plèvres costale et pulmonaire du côté droit. Le lobe inférieur du poumon de ce côté est en hépatisation rouge. Le cœur et ses dépendances n'offrent rien de pathologique; ce qui est bon à noter, en raison des douleurs précordiales et des palpitations auxquelles le malade avait été sujet.

Dans l'encéphale, on remarque une infiltration séreuse assez considérable du tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères.

Nous trouvons encore ici un symptôme de moins que dans les observations précédentes, savoir la douleur. Ainsi, voilà un cas bien tranché, qui démontre que des masses cancéreuses peuvent se développer en grand nombre dans le foie, y exister à leur double état de crudité et de ramollissement, sans que cet organe devienne le siége d'aucune douleur. Que si nous recherchons pourquoi, dans ce cas, l'affection du foie fut complètement indolente, tandis que, dans ceux précédemment cités, elle fut accompagnée de douleurs plus ou moins vives, lancinantes ou ayant un autre caractère, nous ne trouverons aucune raison de cette différence ni dans le nombre, ni dans la texture des productions accidentelles, ni dans l'état du tissu du foie autour d'elles ; nous remarquerons toutefois qu'ici aucune de ces productions n'était visible à l'extérieur ; que toutes, situées profondément dans l'organe, étaient éloignées du péritoine.

Le début de la maladie est une autre circonstance remarquable de cette observation. C'est à la suite de choléra-morbus que se manifestèrent différents troubles de la digestion, qui furent démontrés, par l'ouverture du cadavre, être le résultat d'une gastro-entérite chronique. Lorsque le malade succomba, il n'y avait plus de diarrhée depuis longtemps, et les symptômes annonçaient que l'inflammation intestinale proprement dite n'existait plus : aussi voyez quelles espèces de lésions furent trouvées dans l'intestin : un simple développement des glandes agminées de Peyer, et une coloration brune du cœcum. Ces deux lésions restaient comme traces d'une inflammation qui n'existait plus ; il y avait en outre un état d'hypertrophie des ganglions du mésentère, qui vraisemblablement aussi était le résultat de l'entérite antérieure.

Quant à l'estomac, l'inflammation chronique, propagée au duodénum dont il était le siége, avait révélé son existence par deux ordres de symptômes : les uns, locaux, sont ceux sur lesquels, plusieurs fois, nous avons déjà appelé l'attention ; la douleur épigastrique n'exista que momentanément et d'une manière en quelque sorte accidentelle

sous l'influence d'une médication stimulante. D'autres symptômes étaient généraux, et le résultat d'irritations sympathiques de l'affection de l'estomac ; nous ferons remarquer surtout ce malaise général, ce brisement si prononcé dont se plaignait le malade, ces fourmillements, cette céphalalgie, ces contractions musculaires, ces battements de cœur qu'il éprouvait, ces douleurs passagères qu'il ressentait en divers points du corps. Combien de fois de pareils symptômes ont été appelés nerveux, parce que la lésion locale, dont ils étaient un effet sympathique, se révélait par des symptômes si peu tranchés qu'elle échappait facilement à l'investigation !

Chez ce malade, d'ailleurs, l'affection du foie paraît avoir été consécutive à l'affection gastro-intestinale; l'ictère survint bien longtemps après que les fonctions digestives avaient commencé à se déranger. Ici, pas plus que chez plusieurs malades précédents, il n'y avait obstacle au cours de la bile. On notera, de plus, que dans ce cas l'affection du foie se trouva liée à une duodénite chronique ; nous sommes du moins porté à regarder comme telles, ou du moins comme en étant des vestiges, la couleur ardoisée de la membrane muqueuse de cet intestin, et l'hypertrophie de ses follicules.

XXXVII[e] OBSERVATION.

Masses cancéreuses développées dans le foie. Diminution de son volume. Gastrite chronique. (Ulcération avec induration squirrheuse de tissus sous-muqueux.) Ictère. Ascite. Absence de douleur.

Un potier de terre, âgé de 66 ans, militaire pendant dix-huit ans, eut en 1784, à Châlons-sur-Seine, une fièvre intermittente quarte qui dura neuf mois. Cependant, après la guérison de cette fièvre, il continua à jouir d'une très-bonne santé. Un an environ avant l'époque où il entra à la Charité, il fit une chute dans laquelle l'épigastre fut violemment froissé et contus par un corps dur. Peu de temps après cette chute, il eut une abondante hématémèse, et depuis, sans jamais rien éprouver de douleur épigastrique, il a perdu l'appétit, a eu fréquemment du dévoiement, et est devenu jaune. Deux mois environ avant son entrée à l'hôpital, l'abdomen a commencé à se tuméfier, sans que la douleur se soit jamais fait ressentir en aucun point du ventre.

État du malade à l'époque de son entrée : Ictère général très-prononcé ; maigreur, fluctuation évidente dans l'abdomen, qui est très-tuméfié, partout indolent, et dans lequel on ne peut reconnaître aucune tumeur. Langue blanchâtre, sans rougeur de la pointe ni des bords ; pas de soif ; anorexie ; jamais de vomissements ; trois ou quatre selles liquides en vingt-quatre heures, depuis plusieurs mois. Les matières fécales sont jaunes. Pouls un peu fréquent, sans chaleur à la peau. Urine rougeâtre, sédimenteuse (*fumigations de baies de genièvre ; frictions sur les membres avec l'alcool camphré et la teinture de cantharides ; tisane de chiendent nitrée*).

Pendant le mois suivant, le malade s'affaiblit de plus en plus, et succomba. Pendant les derniers jours de la vie, la diarrhée devint beaucoup plus considérable, et un véritable mouvement fébrile s'alluma. Jamais, d'ailleurs, jusqu'à l'instant de la mort, aucune douleur ne se fit ressentir soit dans la région hépatique, soit à l'épigastre, soit dans le reste de l'abdomen. L'ascite ne fit qu'augmenter, et dans les derniers temps, les membres abdominaux s'infiltrèrent un peu. Dans les derniers temps aussi, le malade, qui ne toussait pas auparavant, expectora une assez grande quantité de crachats verdâtres, puriformes, se précipitant au fond de l'eau.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Teinte jaune de la peau ; marasme ; épanchement d'une grande quantité de sérosité liquide dans le péritoine, qui ne présente d'ailleurs aucune trace de phlegmasie ancienne ou récente.

Le foie n'occupe qu'un petit espace derrière les dernières côtes droites ; son volume est manifestement moindre que dans son état normal, son tissu a une couleur d'un brun verdâtre ; sa densité n'est pas notablement augmentée. Dans son intérieur, on trouve cinq à six masses blanchâtres ayant chacune à peu près le volume d'une grosse noix ; quatre sont dures et parcourues par quelques lignes rougeâtres ou tachetées de points de même couleur ; deux autres sont ramollies, et dans l'une de ces dernières il y a un peu de sang mêlé au détritus blanchâtre de la masse. Aucune d'elles ne fait saillie, ni n'est visible à l'extérieur du foie.

Les voies d'excrétion de la bile paraissent être dans leur état normal.

La rate est de volume, de couleur, de consistance ordinaires.

Une large ulcération existe à la face interne de l'estomac, vers le grand cul-de-sac. Cette ulcération pourrait recevoir au moins une pièce de cinq francs. Ces bords élevés sont formés par la membrane muqueuse rouge et tuméfiée. Dans le fond, on trouve d'abord le tissu cellulaire sous-muqueux transformé en une matière d'un blanc mat qui a plusieurs lignes d'épaisseur. Au-dessous de lui, on trouve la membrane musculaire qui n'offre pas partout le même aspect. En plusieurs points, et surtout vers la circonférence de l'ulcère, cette membrane présente une épaisseur plus grande que hors de l'ulcération. Là, elle est divisée en faisceaux ou lobules par des intersections blanches, comme fibro-celluleuses, qui tiennent d'une part au tissu cellulaire sous-muqueux, et d'autre part au tissu cellulaire sous-péritonéal. Plus près du centre de l'ulcération, la membrane musculaire n'est plus aussi facilement apercevable ; elle ne se présente plus que sous forme de faisceaux épars, séparés par de grands intervalles qu'occupent uniquement des masses de tissu cellulaire en induration blanche. Il semble que ces masses ne sont que l'exagération des simples stries blanches de la circonférence. Comme nous l'avons expliqué ailleurs, à mesure que le tissu cellulaire qui constitue ces lignes et ces masses a pris du développement, la tunique musculaire, resserrée, comprimée, a disparu en partie. En d'autres endroits, là où le tissu blanc homogène est encore plus prédominant, la tunique musculaire n'existe plus réellement qu'en débris, par points isolés ; enfin, on n'en aperçoit plus aucune trace. Hors de l'ulcération, la membrane muqueuse du reste de l'estomac n'offre aucune altération appréciable.

Des ganglions lymphatiques volumineux et ayant subi l'induration blanche (squirrheux) existent au-dessous de l'ulcération qui vient d'être décrite, entre l'estomac et la rate, et unissent intimement ces deux organes l'un à l'autre.

La membrane muqueuse de la fin de l'iléum est vivement injectée en rouge ; celle du gros intestin est épaissie et colorée en un gris brunâtre.

État sain des organes thoraciques ; teinte jaune très-prononcée de la surface interne de l'aorte, des cartilages costaux et de la dure-mère.

C'est à la suite d'une violence extérieure que paraît être survenue chez cet individu l'affection de l'estomac, et, consécutivement à celle-ci, l'affection du foie. La maladie débuta par un symptôme des plus graves, par une hématémèse; et, soit que ce vomissement de sang ait été le résultat de la rupture d'un gros vaisseau, rupture occasionnée par la chute sur l'épigastre, soit qu'il ait dépendu d'une simple exhalation des capillaires congestionnés, toujours est-il que ce vomissement est suivi d'un double travail de désorganisation et de l'estomac et du foie, que ne révèle aucune espèce de douleur. C'est seulement vers la fin de la maladie, lorsqu'il y avait déjà depuis longtemps profonde altération des forces nutritives, que surviennent, comme seuls symptômes de l'affection du foie, et l'ictère et l'ascite. Outre l'existence des masses cancéreuses, nous trouvons, pour expliquer l'ascite, cette diminution dans le volume du foie, que, dans des observations précédemment rapportées, nous avons vu coïncider fréquemment avec l'existence de collections de sérosité dans le péritoine. Quant à l'ictère, il n'est encore expliqué dans ce cas par l'existence d'aucun obstacle dans les voies d'excrétion de la bile, et de plus, nous sommes certains, par la nature des selles, qu'il y avait pendant la vie arrivée de la bile dans le duodénum.

Comment ne remarquerions-nous pas encore combien était grave l'altération de l'estomac, et combien furent peu prononcés les symptômes qui l'annoncèrent? Du dégoût pour les aliments, et voilà tout!...

Des ganglions lymphatiques s'étaient ici développés dans le voisinage de l'ulcération de l'estomac, comme on les voit se développer plus fréquemment dans le voisinage des inflammations aiguës ou chroniques de l'intestin.

L'augmentation de la diarrhée et le mouvement fébrile des derniers jours nous paraissent reconnaître pour cause l'injection rouge de la fin de l'iléum, tandis que l'état du gros intestin rend compte de l'ancien flux intestinal. Ainsi épuisé par une affection chronique, cet individu, comme tant d'autres, succomba par une inflammation aiguë.

XXXVIIIe OBSERVATION.

Cancer du foie et de l'estomac. Ictère, seul signe de l'affection du foie.

Un crieur des rues, âgé de 64 ans, a depuis plusieurs années des digestions laborieuses ; il ne vomit jamais, et ne ressent aucune douleur à l'épigastre. Il est arrivé peu à peu au dernier degré du marasme et de la faiblesse. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, il est devenu jaune ; d'ailleurs absence complète de douleur dans la région hépatique ; nulle apparence de tumeur ou de rénitence dans l'hypochondre droit, non plus qu'en d'autres points du ventre ; pas de trace d'hydropisie. Selles noires et liquides.

L'ouverture du cadavre montra que le foie n'avait pas augmenté de volume ; vu extérieurement, il ne semblait point malade. Cependant à peine l'eut-on incisé, qu'on s'aperçut qu'une partie de son tissu était remplacée par des masses volumineuses blanches et assez friables, que parcouraient de nombreux vaisseaux ; ceux-ci s'en isolaient facilement, et se continuaient, comme des cheveux très-fins, avec les vaisseaux mêmes du parenchyme hépatique ; en plusieurs points, ce n'étaient plus seulement des vaisseaux, c'étaient des débris plus considérables du tissu du foie, qui apparaissaient au milieu de ces masses de productions accidentelles, et qui ne tenaient au reste du parenchyme que par des vaisseaux par lesquels ces masses étaient traversées.

Les voies d'excrétion de la bile furent trouvées dans leur état sain.

A la place du tissu cellulaire sous-muqueux de la portion pylorique de l'estomac, on trouvait une masse squirrheuse interposée entre la muqueuse et la tunique charnue ; celle-ci était hypertrophiée, divisée en lobules par des filaments blanchâtres, qui du tissu cellulaire sous-muqueux induré (*squirrhe*) s'étendaient au tissu cellulaire sous-péritonéal. La membrane muqueuse elle-même ne présentait d'autre altération que du ramollissement avec un peu de rougeur en quelques points.

Il n'y avait rien de notable dans le duodénum.

Les parois d'une grande partie du colon présentaient le même genre d'altération que celles de l'estomac. Elles étaient dures, considérablement épaissies, et criaient sous le scalpel qui les divisait. On trouvait dans ses parois, en procédant de dehors en dedans, 1o entre le péritoine resté sain et la tunique charnue, une membrane blanche et dure, ayant plusieurs lignes d'épaisseur (tissu cellulaire sous-péritonéal, épaissi et induré) ; 2o la tunique musculaire fortement hypertrophiée ; 3o à la place du tissu cellulaire interposé entre elle et la membrane muqueuse, une couche épaisse constituée par un tissu dur et d'un blanc grisâtre ; 4o la membrane muqueuse également épaissie, très-dense et d'un gris brunâtre.

La rate était de volume, de couleur et de consistance ordinaires.

Quelques tubercules crétacés, avec induration noire autour d'eux, existaient au sommet des poumons.

Cette observation offre un exemple d'affection cancéreuse du foie, sans augmentation de volume de l'organe, sans douleur, sans hydropisie, sans autre signe, en un mot, qu'un ictère. Ici encore on voit celui-ci coïncider avec un état sain des voies d'excrétion de la bile.

Rien ne prouve qu'il y ait eu dans ce cas affection du duodénum; mais on trouve chroniquement enflammés l'estomac et le gros intestin. Il nous semble très-peu exact de confondre sous un même nom l'espèce d'altération qu'auraient subie ces parties du tube digestif, et celle dont le foie était le siége. Que voyons-nous en effet dans l'estomac et le gros intestin? une hypertrophie, une induration des divers tissus subjacents à la membrane muqueuse? Au contraire. En est-il de même des masses blanchâtres développées dans le foie? sont-elles le résultat d'une simple altération de texture du tissu de cet organe? Rien n'autorise à le penser, et tout prouve au contraire qu'elles sont une véritable production nouvelle déposée par sécrétion dans le parenchyme hépatique, comme chez d'autres individus s'y dépose du pus, comme dans le poumon et ailleurs se dépose du tubercule.

Voilà la première observation où nous ne voyons plus la maladie du foie annoncée par un seul signe; c'est ce qui aura lieu aussi dans les observations qui vont suivre.

XXXIXe OBSERVATION.

Cancer du foie; même dégénération dans l'estomac, le pancréas et l'épiploon. Tumeur indolente dans l'hypochondre droit. Dérangement des fonctions digestives. Absence d'ictère et d'hydropisie.

Une femme, âgée de 43 ans, jouit d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 40 ans. Elle cessa alors d'être réglée, et à peu près en même temps ses digestions se dérangèrent, sans qu'elle éprouvât d'ailleurs de véritable douleur à l'épigastre. Elle n'avait plus d'appétit; l'introduction dans l'estomac du peu d'aliments qu'elle prenait était suivie de malaise général et d'une sensation de plénitude dans l'abdomen; elle avait de fréquentes éructations acides. Dans cette première époque de sa maladie, elle prit de la rhubarbe, puis du quinquina; il n'en résulta aucune amélioration; c'est même à la suite de l'administration du quinquina qu'elle prenait en décoction, qu'elle commença à être prise de vomissements, et depuis ils sont survenus à des intervalles plus ou moins éloignés. Les matières vomies étaient de trois sortes : tantôt c'étaient les aliments eux-mêmes, tantôt d'abondantes mucosités; tantôt enfin un liquide brunâtre, semblable à du marc de café (cette comparaison était employée par la malade elle-même).

Cette affection gastrique durait depuis trois ans environ, lorsque nous commençâmes à l'observer; elle était alors arrivée à sa dernière période : la maigreur et la faiblesse étaient extrêmes; la face avait une teinte jaune-paille très-tranchée; il n'y avait d'ailleurs aucune trace d'ictère. Le foie se sentait d'une manière manifeste dans l'étendue de deux ou trois travers de doigt au-dessous des côtes, dans les deux hypocondres et à l'épigastre; on en suivait facilement le bord tranchant. La malade n'éprouvait de douleur en aucun point de l'abdomen et du thorax : la pression n'en déterminait pas non plus. La langue n'était que pâle; de fréquents rapports acides avaient lieu, et presque tous les jours, depuis quelque temps, il y avait des vomissements des diverses

matières indiquées plus haut ; les selles étaient rares, brunâtres et dures ; le pouls était petit et fréquent, la peau chaude et sèche (*tisanes adoucissantes; lait coupé*).

Peu de jours après l'entrée de la malade, *deux vésicatoires furent appliqués aux jambes :* ils déterminèrent une vive irritation du système nerveux. Le lendemain, elle fut trouvée dans un état d'agitation extrême. La douleur qu'elle disait ressentir à la place des vésicatoires lui arrachait des cris aigus ; le pouls, petit, serré, avait acquis une grande fréquence ; les vésicatoires furent recouverts d'un cataplasme émollient. Dans la journée, à cette exaltation nerveuse, remarquable dans l'état d'épuisement de la malade, succéda un profond anéantissement physique et moral. Le soir, la surface des vésicatoires fut trouvée couverte d'une couche noire ; la mort eut lieu le lendemain matin.

OUVERTURE DU CADAVRE.

État de marasme. Pas de trace d'ictère, ni d'hydropisie.

Rien de remarquable dans le cerveau et ses membranes. Ventricules entièrement vides de sérosité.

Organes thoraciques sains.

Le foie, ainsi qu'on l'avait constaté pendant la vie, s'étendait jusque dans l'hypocondre gauche, et dépassait de trois travers de doigt le rebord des côtes. Dans le flanc droit il touchait la crête iliaque. L'estomac était entièrement recouvert par lui. A l'extérieur, il avait une couleur rougeâtre, interrompue en plusieurs endroits par une teinte d'un blanc sale. Là où existait cette dernière teinte, le doigt sentait une fluctuation manifeste. Elle correspondait en effet à de vastes cavités remplies d'une sorte de bouillie dont la couleur variait depuis le gris sale jusqu'au rouge. En quelque endroit que l'on incisât le foie, on pénétrait dans de semblables cavités. Plusieurs contenaient une matière plus solide, qu'une légère pression pouvait encore écraser facilement, et qui se transformait alors en une bouillie semblable à celle contenue dans les autres cavités. Enfin, en trois endroits seulement, on trouvait comme enchatonnées dans le tissu du foie des tumeurs du volume d'une grosse noix, formées par une matière d'un blanc mat que parsemaient des lignes rougeâtres, et qui présentaient aussi quelques points de leur étendue transformés en un liquide pultacé d'un gris rougeâtre sale.

La vésicule du fiel était distendue par une bile très-noire et très-épaisse. Rien de remarquable dans les canaux.

Le foie ayant été enlevé, on découvrit une autre tumeur volumineuse, bornée en haut par le corps de l'estomac, en bas et des deux côtés par les trois portions du duodénum. Elle était constituée par une matière d'apparence inorganique, d'un blanc mat, dure, criant sous le scalpel. A son côté gauche, l'on ne trouvait plus qu'un très-petit vestige du pancréas. En comprenant dans une même coupe cette glande et la tumeur, on voyait le tissu sain du pancréas disparaître tout à coup, et être remplacé par le tissu de la tumeur. Seulement, à la surface interne de celle-ci, on apercevait encore quelques granulations éparses de la glande.

La tumeur que nous venons de décrire se continuait avec plusieurs autres de même nature qui entouraient l'extrémité pylorique de l'estomac et le commencement du duodénum.

Dans l'étendue de quatre ou cinq travers de doigt en-deçà du pylore, on ne trouvait plus, à la place des diverses tuniques qui constituent les parois de l'estomac, qu'un tissu homogène, blanc et dur. Dans cet espace, la membrane muqueuse était détruite ;

au fond de l'ulcère qui résultait de sa destruction, existait une matière pultacée blanchâtre, d'une à deux lignes d'épaisseur.

Enfin, dans l'épaisseur même du grand épiploon, immédiatement au-dessous du colon transverse, était développée une tumeur de la grosseur d'un œuf d'autruche, formée, comme celle que circonscrivait le duodénum, par une matière homogène, dure et d'un blanc mat.

N'est-ce pas une circonstance bien remarquable de cette observation, que, malgré le grand nombre de productions accidentelles, dites cancéreuses, développées en divers points de l'abdomen, aucune douleur n'ait jamais été ressentie? L'énorme tumeur constituée par le foie fut constamment indolente, et cependant les masses cancéreuses qui avaient en grande partie remplacé son tissu étaient complètement ramollies, du sang leur était mêlé, et de plus elles étaient en contact à peu près immédiat avec le péritoine de la périphérie du foie.

Dans cette observation, nous ne retrouvons non plus aucune trace d'ictère, mais seulement cette teinte jaune-paille de la face qui accompagne un certain nombre d'affections cancéreuses, et qui plus d'une fois a servi à distinguer, pendant la vie, la simple inflammation chronique d'un tissu de sa dégénération organique.

La dégénération du pancréas, dont cette observation fournit un exemple, est un fait rare d'anatomie pathologique. Le plus communément, on le trouve intact au milieu des plus graves désorganisations de l'estomac et des autres tissus qui l'environnent. Ne semble-t-il pas que, dans ce cas, ce soit surtout le tissu cellulaire interposé entre les granulations du pancréas qui se soit altéré, et induré, et qu'à mesure que ce tissu cellulaire se développait, les granulations se soient atrophiées et aient enfin disparu? Plusieurs fois, dans les glandes salivaires, et une fois dans la glande lacrymale, nous avons pu suivre le travail de désorganisation que nous venons d'indiquer. Les granulations de ces glandes étaient encore distinctes, mais seulement éparses et séparées les unes des autres par du tissu cellulaire épaissi et induré.

Nous n'oublierons pas de faire remarquer les fâcheux effets qui furent produits chez cet individu par l'application de vésicatoires aux jambes. Quel plus frappant exemple peut-on donner des dispositions individuelles! C'est ainsi que chez certains malades le plus léger irritant, introduit dans les voies digestives, sera l'occasion du développement

des accidents les plus graves, tandis que chez d'autres les plus violents drastriques resteront sans effet.

XLe OBSERVATION.

Cancer du foie et de l'estomac. Ascite, sans autre symptôme d'affection du foie.

Un terrassier, âgé de 65 ans, ayant depuis un an un dévoiement habituel (trois ou quatre selles liquides en vingt-quatre heures, précédées de coliques), éprouve depuis deux mois quelques douleurs à l'épigastre : il a des rapports aigres après avoir mangé, et a quelquefois des envies de vomir. Depuis un mois, ascite et œdème légers des membres inférieurs : d'ailleurs on ne sent aucune douleur dans l'abdomen ; l'hypocondre droit n'a jamais été douloureux ; la peau n'a jamais été jaune.

Cet individu s'affaiblit de plus en plus, et succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Épanchement considérable de sérosité limpide dans le péritoine ; foie de volume ordinaire, caché derrière les côtes, paraissant sain extérieurement, mais parsemé à son intérieur d'un très-grand nombre de masses cancéreuses dont plusieurs sont ramollies. Ces masses occupent près des trois quarts de l'organe, dont le tissu sain est ainsi réduit à un très-petit volume.

Il n'y a rien de remarquable dans les voies d'excrétion de la bile. La surface interne de l'estomac présente vers le milieu de la petite courbure un ulcère plus large qu'une pièce de cinq francs, dans le fond et autour duquel on trouve le tissu cellulaire sous-muqueux considérablement épaissi, squirrheux, et la tunique charnue hypertrophiée. Dans le gros intestin, on trouve la membrane muqueuse pâle, mais très-ramollie. Il y a un peu de rougeur à la fin de l'intestin grêle.

Le sommet de chaque poumon est dur et noir ; on trouve au milieu de cette portion indurée de petits grains de consistance pierreuse.

Il n'y a plus chez ce sujet ni tumeur, ni douleur présente ou passée, ni ictère actuel ou antécédent, pour caractériser l'affection du foie. L'ascite, que l'on pouvait juger facilement ne point dépendre d'une affection du cœur, et qui ne paraissait pas non plus reconnaître pour cause une inflammation du péritoine, pouvait porter à penser qu'il y avait maladie du foie ; mais si d'après cette ascite on eût voulu annoncer la nature de l'affection qui avait frappé le foie, on aurait plutôt diagnostiqué l'existence d'un de ces foies durs, diminués de volume, *ratatinés*, granuleux ou en cirrhose, dont nous avons précédemment parlé, qu'on n'aurait pensé rencontrer un foie cancéreux ; car celui-ci donne

bien plus rarement lieu à une ascite, sans autre symptôme, que ne la produit la lésion qui vient d'être indiquée.

Ici encore, comme dans la plupart de nos autres observations, nous remarquons l'existence simultanée de l'affection du foie et du tube digestif; ici, non plus, ce n'est pas le duodénum que nous voyons être spécialement atteint.

Nous arrivons enfin aux cas plus obscurs où la même simultanéité d'affections ayant lieu, celle du tube digestif peut être seule reconnue pendant la vie, aucun phénomène morbide du côté du foie ne portant même à soupçonner l'existence d'une lésion quelconque de cet organe.

XLIe OBSERVATION.

Tumeurs cancéreuses du foie, sans existence d'aucun signe d'affection de cet organe. Gastrite chronique.

Un homme de 56 ans, ayant joui toute sa vie d'une bonne santé, ayant toujours bien digéré, vomit, il y a dix mois, pendant trois jours consécutifs, une grande quantité de sang. Depuis cette époque, ses digestions sont dérangées. L'entrée de toute espèce d'aliment dans l'estomac est pénible. Il a habituellement très-peu d'appétit. Il a de fréquentes régurgitations, et vomit rarement ; il rend beaucoup de glaires pendant tout le temps de la digestion ; il n'accuse aucune douleur à l'épigastre, non plus que dans l'hypocondre droit.

Lors de son entrée à l'hôpital, il était très-maigre, mais la teinte de la face était peu altérée. Il prit pour tisane *l'eau de veau émulsionnée;* on lui donna de temps en temps de *la magnésie à la dose de deux gros.* Pendant les douze ou quinze jours qu'il passa à la Charité, il ne vomit pas ; ses rapports devinrent beaucoup moins fréquents. Il ne prenait pour toute nourriture que quelques crêmes de riz et des bouillons. Son pouls fut toujours lent, la langue naturelle.

Le 2 avril, il se félicitait de l'amélioration de son état ; il ne se plaignait que d'une anorexie complète ; ses forces étaient encore bien conservées : il mourut tout à coup.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Cerveau sain, ainsi que le cœur et les poumons, qui ne sont pas engoués.

L'estomac a à peine le volume d'un intestin grêle ; il est entièrement recouvert par le colon. Le long de sa petite courbure, il adhère au foie par des brides celluleuses anciennes. Immédiatement au-dessous de l'orifice cardiaque, sa face interne présente un espace de la largeur de deux pièces de cinq francs réunies, dans lequel la muqueuse est détruite : le fond de l'ulcère qui en résulte est formé par le tissu lamineux. Dans tout cet espace, les parois de l'estomac ont au moins deux travers de doigt d'épaisseur ; elles sont formées par un tissu d'un blanc mat, sillonné par des lignes rougeâtres entre-croisées ; au milieu de ce tissu existent deux ou trois larges plaques d'un beau noir

foncé, offrant tous les caractères de la mélanose. Une de ces plaques apparaît au fond de l'ulcère. Au pourtour de celui-ci existe la muqueuse irrégulièrement découpée et présentant huit à dix végétations brunâtres, faisant au-dessus du reste de la membrane une saillie d'une demi-ligne à une ligne ; elles paraissent produites par une expansion de la muqueuse. Elles ont aussi de l'analogie avec les tumeurs hémorrhoïdales. Dans le reste de son étendue, la muqueuse gastrique blanche était un peu ramollie.

Dans l'épaisseur même du foie existaient deux grosses masses cancéreuses, qu'on isolait très-bien du tissu de ce viscère, où elles semblaient être comme enchatonnées. Elles étaient formées par le tissu encéphaloïde cru.

Nous ferons remarquer dans cette observation : 1° l'absence complète de toute espèce de signe qui pût même porter à soupçonner l'existence d'une affection quelconque du foie ; 2° l'hématémèse qui marqua le début de la gastrite chronique ; 3° le genre même d'altération qu'avait subie l'estomac ; 4° la manière subite, imprévue, dont survint la mort, sans que l'ouverture du cadavre en donne l'explication.

XLIIe OBSERVATION.

Cancer de l'estomac et du foie. Hypertrophie interne du ventricule gauche du cœur. Ossification de l'aorte.

Un cartonnier, âgé de 60 ans, éprouve depuis plusieurs années un peu d'oppression qui augmente dès qu'il court ou qu'il monte. Il y a cinq ans qu'il éprouva de violents chagrins ; c'est depuis cette époque qu'il a senti ses digestions se déranger. D'ailleurs, il n'a jamais été adonné à l'usage des liqueurs fortes ; il n'a jamais fais d'excès en aucun genre. D'abord il eut de longs intervalles de l'anorexie la plus complète ; le matin, il rendait souvent, comme par régurgitation, une assez grande quantité de liquide clair, filant, un peu aigre, qu'il désigne sous le nom de pituite. Plus tard, il éprouva à l'épigastre comme le sentiment d'une barre, toutes les fois qu'il avait mangé. Il lui semblait de temps en temps qu'on lui appliquait un fer rouge dans le trajet de l'œsophage. Cependant il continua toujours de se livrer à ses occupations accoutumées. Mais depuis quatre mois des symptômes plus graves se sont manifestés. Il a commencé à avoir de fréquents vomissements ; ils survenaient ordinairement huit à dix heures après qu'il avait pris quelque aliment. Il a beaucoup maigri, et ses forces ont sensiblement diminué. En même temps les symtômes de la maladie du cœur se sont plus franchement dessinés ; l'oppression est devenue plus considérable ; le pourtour des malléoles s'est œdématié.

Entré à la Charité vers le milieu du mois de juillet, le malade nous présenta l'état suivant :

Marasme déjà très-avancé ; face très-pâle avec vive coloration des pommettes. Faiblesse portée au point que le malade ne peut plus se lever pour aller à la selle. Il reste à demi assis dans son lit; il étoufferait s'il se couchait horizontalement ; les pieds et la partie inférieure des jambes sont œdématiés ; la langue est pâle, couverte à son centre

d'un léger enduit jaunâtre ; un goût d'amertume très-désagréable règne habituellement dans la bouche; aucune soif n'est ressentie. Le malade accuse actuellement comme la sensation d'un trait de feu qui du pubis s'étend jusqu'au milieu du sternum. Lorsqu'il mange ou qu'il boit, il sent une douleur, une chaleur brûlante dans l'espace situé entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic ; il a souvent des éructations acides ; il vomit à peu près chaque jour des matières brunâtres ; il n'a pas le moindre appétit ; il a envie, dit-il, de toutes sortes d'aliments ; mais dès qu'il les voit, il en est dégoûté. En palpant l'abdomen on le trouve fortement tendu dans toute la région épigastrique; la pression excite de la douleur vers l'hypochondre droit. Immédiatement au-dessous et à gauche de l'appendice xyphoïde, une tumeur bosselée, mobile, douloureuse à la pression, qui excite des nausées; le reste du ventre est souple et indolent; la constipation est habituelle; il y a absence complète de fièvre; le pouls est de force ordinaire, un peu dur (*tisanes émollientes*, *magnésie*, *lavements émollients*, *diète*).

Les jours suivants, ce malade nous présenta chaque matin une cuvette à moitié remplie d'une grande quantité de matières, semblables, par leur couleur, à du marc de café, qu'il vomissait dans le courant de la journée. Il ne nous offrit, d'ailleurs, aucun nouveau symptôme ; mais la faiblesse fit des progrès rapides, la cornée transparente du côté droit s'ulcéra, la face prit un aspect cadavérique, et la mort survint le 5 août.

Le principal phénomène qui fixa notre attention fut l'extrême mobilité de la tumeur. Tantôt nous la trouvions immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde, tantôt à deux ou trois travers de doigt plus bas, soit sur la ligne médiane, soit plus ou moins à gauche ou à droite de l'appendice.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Abdomen. La portion splénique de l'estomac, dilatée et remplie par un liquide d'un brun foncé, s'étendait sous forme d'un large-cul-de-sac jusqu'à l'ombilic. La portion pylorique rétrécie présentait des parois considérablement épaissies. Cet épaississement commençait un peu à gauche de l'appendice xyphoïde, et se continuait jusqu'au pylore. Dans toute cette étendue, les parois de l'estomac étaient formées par un tissu homogène, d'un blanc bleuâtre, comme demi-transparent, criant sous le scalpel, et creusé par un assez grand nombre de petites aréoles, que remplissait un liquide incolore, gélatiniforme. Au milieu de ce tissu homogène s'apercevaient cependant encore des lignes de démarcation entre les membranes muqueuse, lamineuse et musculaire. A sa face libre la muqueuse présentait une couleur rougeâtre, et semblait comme fongueuse. Dans la portion splénique, elle était blanche et consistante. La tunique musculaire se terminait brusquement là où commençait l'altération; on cessait tout à coup de l'apercevoir. Le reste du canal intestinal était sain.

Une grande quantité de masses blanchâtres, cancéreuses, d'une médiocre consistance, existaient à la superficie du foie et dans son intérieur. Dans leur intervalle, le parenchyme du viscère ne paraissait point altéré. Il se prolongeait par une languette mince jusque sur la rate.

Thorax. Les poumons étaient sains, peu engoués : l'extrémité du petit doigt pouvait à peine être introduite dans la cavité du ventricule gauche, dont les parois étaient fortement hypertrophiées. Les valvules aortiques étaient saines ; mais immédiatement au-dessous d'elles existait, dans tout le pourtour de l'artère, un cercle osseux, faisant une saillie considérable dans l'intérieur de l'artère. Dans ce point, la membrane interne avait été détruite, et l'ossification se trouvait en contact immédiat avec le sang.

Dans tout le reste de l'aorte thorachique et abdominale apparaissaient de nombreuses plaques osseuses, assez rapprochées les unes des autres. Au-dessus de beaucoup d'entre elles ; la membrane interne avait été également détruite. Immédiatement au-dessus de la bifurcation de l'aorte, et au point d'origine des deux vaisseaux qui en naissent, se voyaient des aspérités acérées, osseuses, longues de quatre à cinq lignes, et tout à fait semblables à de petites esquilles d'un os fracturé. L'on conçoit qu'une pareille production, en s'étendant de plus en plus, aurait pu finir par gêner considérablement le cours du sang dans les extrémités inférieures. Aucune ossification n'existait dans les divisions de l'aorte.

Dans cette observation, comme dans la précédente, rien ne porta à soupçonner pendant la vie l'existence de l'affection du foie.

§ III. OBSERVATIONS SUR LES HYDATIDES DU FOIE.

XLIIIe OBSERVATION.

Hydatides dans le foie et dans la rate. Douleur vers l'hypocondre droit ; ictère ; dépérissement.

Un chantre d'église, âgé de 31 ans, avait fait abus depuis plusieurs années de liqueurs alcooliques. Trois ans avant son entrée à l'hôpital il eut la variole ; avant l'invasion de cette maladie, il avait constamment joui d'une bonne santé. Pendant les cinq mois qui suivirent la convalescence de l'exanthème, il eut un dévoiement accompagné de douleurs abdominales peu vives. Sous l'influence d'un régime suivi et de quelques applications à l'anus, ce dévoiement, qui d'abord avait été abandonné à lui-même, ne tarda pas à disparaître ; mais quelque temps après, une douleur sourde commença à se faire sentir vers l'hypocondre droit; elle était habituellement plus vive pendant la nuit. Cette douleur ne fut accompagnée d'aucun autre symptôme grave pendant l'espace de deux années environ. Au bout de ce temps, le malade commença à perdre de son embonpoint et de ses forces ; la douleur de l'hypocondre ne devint pas d'ailleurs plus vive. Pendant six mois, il dépérit ainsi, sans qu'aucun autre symptôme local se manifestât. De temps en temps seulement, il y avait des retours de diarrhée. L'appétit était bon ; et, pour rappeler ses forces qui se perdaient, cet individu augmentait chaque jour les doses de vin et de liqueurs fortes qu'il était habitué à boire depuis longtemps. Enfin, six mois avant l'entrée à la Charité, le malade s'aperçut qu'il devenait jaune. L'ictère, léger d'abord, et borné à la face, devint ensuite général et très-prononcé. Tels furent les renseignements que nous donna le malade. Voici maintenant dans quel état il se trouva à notre observation.

Il avait une remarquable gaieté, et était plein d'espoir dans l'avenir. Cependant il était déjà parvenu à un degré considérable de marasme ; la teinte verdâtre de la peau annonçait une lésion grave vers le foie. Vers le niveau des dernières côtes droites et dans l'hypocondre existait une sorte de pesanteur, une sensation pénible plutôt qu'une véritable douleur. Le malade exprimait lui-même cette sensation, en disant qu'il éprouvait un embarras dans ces parties. Le palper n'y faisait d'ailleurs reconnaître aucune tumeur ; partout ailleurs l'abdomen était souple et indolent. L'appétit était

conservé ; depuis plusieurs mois, il y avait plus habituellement de la constipation que de la diarrhée. On ne trouvait aucune trace d'hydropisie; le pouls était sans fréquence, la peau sans chaleur. Les urines étaient rouges et rares. On ne prescrivit autre chose que quelques tisanes délayantes ; on donnait la demi-portion que le malade mangeait avec plaisir.

Pendant le mois suivant, le malade ne présenta aucun changement dans l'état qui vient d'être décrit ; mais alors, sans point de côté préalable, sans que des crachats caractéristiques apparussent, la respiration devint tout à coup gênée : l'auscultation fit reconnaître d'abord du râle crépitant, et ensuite une respiration bronchique très-prononcée dans l'espace compris entre la clavicule droite et le sein du même côté, et, en arrière, dans les fosses sus et sous-épineuses. Son mat dans la même étendue. En même temps, altération subite et profonde des traits; pouls misérable ; apparition d'un érysipèle à la face, qui coïncide avec une augmentation de prostration ; mort le sixième jour de l'apparition de la dyspnée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Grande maigreur, parois abdominales rétractées, teinte jaune-vert très-prononcée de toute la peau, aucune trace d'hydropisie. Vu extérieurement, le foie paraît sain ; il a son volume et sa couleur ordinaires ; mais à peine y a-t-on enfoncé de huit à dix lignes le scalpel, immédiatement à droite du grand ligament suspenseur, qu'on voit jaillir avec force un liquide limpide comme de l'eau de roche, et bientôt on reconnaît qu'il est sorti d'une poche assez grande pour admettre une orange, et qui est remplie par sept à huit acéphalocystes, dont une est beaucoup plus volumineuse que les autres. Cette hydatide plus volumineuse est creuse, et c'est d'elle que paraît être sorti le liquide limpide qu'a fait jaillir l'incision. En effet, celui qui entoure les hydatides et qui est contenu dans la poche elle-même est jaunâtre et trouble. Les parois de cette poche sont constituées par une membrane fibreuse, dense, résistante, épaisse de plusieurs lignes, en contact par sa surface externe avec le parenchyme même du foie, auquel elle n'est unie que par quelques filaments cellulo-vasculaires. Lisse à sa surface interne, où elle présente une organisation séreuse, elle est baignée par le liquide dans lequel nagent les hydatides. Dans le reste du foie on ne trouve aucune autre altération appréciable.

La rate paraît également saine à l'extérieur; mais par l'incision on en fait jaillir un liquide semblable à celui qui est sorti du foie. Ce liquide provient d'une grosse acéphalocyste qui en contient plusieurs autres, et qui est contenue au sein d'une cavité creusée dans le parenchyme splénique ; cette cavité diffère de celle trouvée dans le foie, en ce que ses parois ne sont tapissées que par une membrane celluleuse très-mince.

État parfaitement sain de l'estomac, du duodénum et des quatre cinquièmes supérieurs de l'intestin grêle. Dans le cinquième inférieur, on trouve les glandes agminées de Peyer plus développées que de coutume, inégales à leur surface, les unes d'un blanc grisâtre, et les autres noirâtres. On trouve aussi, dans cette même portion d'intestin, des follicules isolés très-apparents, présentant un point noir central et un cercle de même couleur à leur pourtour. La surface interne du cœcum et d'une portion du colon offre une teinte ardoisée; on y trouve aussi de nombreux follicules.

Rien de notable dans les autres viscères de l'abdomen.

Hépatisation grise du lobe supérieur du poumon droit.

Quelques flocons blanchâtres dans la plèvre du même côté, avec rougeur de celle-ci.

Un premier fait doit nous frapper dans l'observation qu'on vient de lire; c'est l'impossibilité de reconnaître par aucun signe distinctif, pendant la vie, l'espèce d'altération que le foie avait subie. Que trouvons-nous, en effet, comme symptôme de la maladie du foie? Rien autre chose que ce que nous ont montré les observations antécédentes, où cependant la lésion organique était bien différente : ces symptômes se réduisent à une douleur obscure à l'ictère. Ainsi donc, soit qu'il y ait simple congestion sanguine du foie, hypertrophie ou atrophie, induration ou ramollissement de son parenchyme, formation d'abcès ou développement de tumeurs cancéreuses dans son intérieur, production d'hydatides, etc., des symptômes quelquefois différents, mais souvent identiques, sont le résultat de ces lésions infiniment variées. Sans doute, il serait plus facile, plus commode pour l'observateur, de pouvoir assigner à chacune de ces lésions un groupe particulier de symptômes; de dire, par exemple, que des douleurs lancinantes caractérisent constamment le cancer du foie, que les hydatides sont toujours indolentes, etc.; c'est là, en effet, le cas le plus général; mais d'un autre côté, il y a des cancers du foie sans douleur, et l'on voit des hydatides être accompagnées de douleurs quelquefois très-vives dans les diverses périodes de leur existence. La connaissance des cas exceptionnels importe beaucoup au praticien pour la sûreté de son diagnostic.

Une autre circonstance de cette observation, bien digne de remarque, c'est l'inflammation intestinale qui précéda ici le développement des hydatides du foie, comme elle précède plus souvent le développement d'une hépatite ordinaire, soit aiguë, soit chronique. Rappelons à cette occasion les cas que nous avons déjà cités ailleurs, et dans lesquels nous avons vu des abcès du foie, des hydatides de cet organe, une atrophie, et enfin une dégénérescence cancéreuse de son parenchyme, se développer sous l'influence d'un même ordre de causes, savoir, de violences extérieures.

La douleur fut longtemps le seul phénomène qui révélât l'existence d'une affection du foie; cette douleur (nous observa le malade) était plus forte pendant la nuit; fait qui, joint à beaucoup d'autres, peut servir à démontrer que ce caractère des douleurs, d'augmenter pendant la nuit, n'est pas propre aux douleurs syphilitiques. On l'observe sou-

vent, par exemple, dans les cas de simples douleurs rhumatismales. Il est d'ailleurs remarquable que les mêmes hydatides, dont le développement dans le foie avait été accompagné de douleurs, n'en déterminèrent aucune dans la rate.

Il serait fort difficile d'expliquer la production de l'ictère dans ce cas, où l'affection du foie avait laissé parfaitement saine la plus grande partie du parenchyme, et où les canaux biliaires étaient aussi exempts de toute lésion.

L'individu était plongé dans le marasme, et s'avançait lentement vers le tombeau; mais rien n'annonçait encore sa fin prochaine. Les grandes fonctions, celles dont l'intégrité est la plus essentielle au maintien de la vie, n'étaient pas encore compromises. Ainsi la circulation n'était pas troublée, malgré le double travail pathologique dont le foie et la rate étaient le principal siége; la respiration restait libre; la digestion gastrique (chose remarquable dans une maladie de si long cours) s'exécutait convenablement. Il y avait désir des aliments; la chylification paraissait s'accomplir : mais la matière formée dans l'intestin, et absorbée, était vainement portée par le sang dans les différents organes; elle ne s'assimilait point à leur tissu. Dans ce cas, l'accomplissement normal du mouvement nutritif général était empêché par le mouvement anormal de nutrition qui avait lieu dans le foie et dans la rate.

C'est dans cet état de choses qu'une inflammation aiguë vint à s'emparer d'une portion du parenchyme pulmonaire. Ici, comme dans beaucoup d'autres cas où une pneumonie vient compliquer une maladie chronique, les symptômes de la phlegmasie furent loin d'être francs. On n'observa aucune expectoration caractéristique, aucune douleur, bien qu'après la mort des traces non douteuses de phlegmasie aient été trouvées dans la plèvre; on vit seulement apparaître une grande dyspnée, et de plus, chez cet individu déjà épuisé, la phlegmasie pulmonaire détermina un affaissement subit des forces, un état adynamique, que contribua encore à augmenter l'érysipèle facial. Ce sont ces mêmes symptômes qui sont plus souvent déterminés en pareille circonstance par une phlegmasie gastrique ou intestinale.

Il ne faut pas oublier que pendant longtemps le malade fut sujet à une diarrhée que remplaçait par intervalles la constipation. Le développement inaccoutumé de glandes agminées de Peyer, l'hypertrophie d'autres follicules isolés avec apparition de couleur noire à leur centre et à leur circonférence, la teinte ardoisée d'une partie du gros intestin, sont

autant de lésions qui annonçaient un état inflammatoire ancien du tube digestif.

XLIVe OBSERVATION.

Hydatides du foie développées sans symptômes. Péritonite aiguë consécutive à l'ouverture de la poche hydatique dans le péritoine.

Une femme, âgée de 27 ans, entra à la Charité avec tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire déjà assez avancée : caverne, reconnue par l'auscultation, dans le lobe supérieur du poumon ; diarrhée, sueurs, fièvre hectique, peu d'appétit, sans autres symptômes du côté de l'estomac ; abdomen souple, indolent dans tous ses points. Cette femme approchait lentement du terme fatal, lorsqu'elle fut prise tout à coup, sans cause connue, d'une vive douleur abdominale, que la moindre pression exaspérait. Pendant les quatre jours qui suivirent l'invasion de cette douleur, on vit l'abdomen se tuméfier en restant toujours très-douloureux, le pouls prendre une grande fréquence, et devenir de plus en plus misérable, l'affaiblissement arriver au dernier degré. La mort eut lieu pendant que la malade vomissait de la bile verdâtre.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Sérosité trouble, floconneuse dans le péritoine ; anses intestinales, unies entre elles par des pseudo-membranes blanches, inorganiques, de formation récente. En soulevant le foie, nous ne fûmes pas peu surpris de trouver à la face inférieure, un peu à droite de la vésicule, une solution de continuité qui aurait pu admettre l'extrémité de trois doigts réunis, et qui conduisait dans une vaste cavité remplie d'hydatides rompues. Nous pensâmes alors que la péritonite reconnaissait pour cause l'ouverture du sac hydatifère dans la cavité de la séreuse. Un nouvel examen nous fit en effet découvrir des débris de membranes hydatiques, nageant dans la sérosité péritonéale.

Traces d'inflammation dans la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Tubercules à divers degrés dans les poumons.

Cette observation est remarquable sous deux points de vue.

1° Elle montre que des hydatides peuvent naître dans le foie, s'y développer, et acquérir un volume considérable sans donner lieu à aucune espèce de symptômes ; et, sous ce rapport, il ne sera pas sans intérêt de comparer, avec l'observation actuelle, l'observation précédente, dans laquelle on a vu que ces mêmes hydatides avaient produit de la douleur dans la région du foie et de l'ictère. Quant au dépérissement de la malade, nous ne pouvons pas savoir dans ce cas quelle part eut à sa production l'affection du foie, en raison de la maladie concomitante des poumons ; pourquoi dans l'un de ces cas y eut-il douleur et ictère?

Pourquoi dans l'autre ces symptômes n'existèrent-ils pas? les altérations organiques étaient cependant les mêmes.

2° Cette observation fournit de plus un exemple de péritonite produite par l'ouverture dans le péritoine d'une cavité formée dans le foie, et par le passage de la membrane séreuse des corps étrangers contenus dans cette cavité. Déjà nous avons précédemment cité un cas d'abcès du foie pareillement ouvert dans le péritoine.

XLVe OBSERVATION.

Hydatides du foie avec développement considérable de cet organe, et suppuration secondaire dans la cavité hydatique. Tumeur indolente et apyrétique pendant longtemps; plus tard, douleur et fièvre.

Un homme, de moyen âge, entra à la Charité dans l'état suivant :

Une tumeur considérable occupait l'hypocondre droit, ainsi que l'épigastre, s'avançait un peu vers l'hypocondre gauche, et en bas descendait jusque vers le niveau de l'ombilic; en haut elle semblait se continuer et se perdre derrière les côtes. Cette tumeur était lisse, ne présentait aucune bosselure; le palper, une pression même fortement exercée, n'y produisaient aucune douleur. Le malade nous raconta que depuis deux ans à peu près, il s'était aperçu de l'existence de cette tumeur, qui avait été constamment indolente, et qui s'était accrue peu à peu, sans qu'il y eût jamais trouble appréciable pour lui des fonctions digestives. Mais peu à peu il avait maigri et il avait perdu ses forces; le pouls était sans fréquence, la peau sèche, mais sans chaleur : il n'y avait aucune trace d'ictère, et le malade nous donna l'assurance que jamais il n'avait été jaune. Les fonctions respiratoires paraissaient être dans leur état normal; la langue était blanchâtre, la soif nulle, l'appétit assez bon; les selles ordinaires. D'après la situation de la tumeur, sa forme, ses rapports, nous fûmes porté à penser qu'elle n'était autre chose que le foie insolitement développé. L'absence de tout autre symptôme grave nous fit croire qu'il n'était que simplement hypertrophié.

L'état du malade resta à peu près le même pendant un mois; *plusieurs applications de sangsues furent faites soit sur l'hypocondre droit*, *soit à l'anus*; *des frictions stimulantes sur la peau furent prescrites. On donna des pilules purgatives.*

Un jour, nous fûmes frappé de l'altération qu'avaient éprouvée les traits de la face; assez bien colorée jusqu'alors, elle était devenue d'une remarquable pâleur; les yeux étaient entourés d'un cercle bleuâtre très-prononcé; nous tâtâmes le pouls, et nous le trouvâmes fréquent; la peau n'était pas généralement chaude; toutefois la paume des mains offrait une chaleur sèche, âcre, désagréable au toucher. Le malade nous dit alors que depuis quelques jours il ressentait dans l'hypocondre droit, jusqu'alors indolent, une douleur habituellement peu vive, et qui, s'exaspérant par intervalles, devenait alors lancinante; la pression ne l'augmentait pas; les voies digestives ne présentaient pas d'ailleurs de troubles nouveaux dans leurs fonctions; aucun autre organe ne nous paraissait souffrant, et il était bien évident que la cause du changement en mal des traits de la face et du petit mouvement fébrile dépendait d'un nouveau travail morbide établi dans le foie, travail dont la douleur récemment apparue annonçait d'ailleurs l'existence. *Une nouvelle application de sangsues fut faite sur l'hypocondre, que l'on couvrit ensuite de cataplasmes émollients et narcotiques.*

Nonobstant l'emploi de ces moyens, nous trouvâmes le lendemain la douleur de l'hypocondre plus forte et le mouvement fébrile plus intense. *Une saignée fut pratiquée, et l'hypocondre fut couvert de sangsues.* Les neuf jours suivants, on fit encore *une saignée du bras; on appliqua trois fois les sangsues à l'anus, on plaça des vésicatoires aux jambes, puis on frictionna l'hypocondre droit avec un mélange d'une once d'axonge et d'un gros de tartre stibié* (*pommade* dite *d'Autenrieth*).

Pendant le mois suivant, nous vîmes peu à peu le malade s'affaiblir : en même temps persistance du mouvement fébrile, faible dans la journée, mais très-forte chaque soir, avec frisson par intervalles et sueurs. L'hypocondre droit resta douloureux, l'appétit se perdit, une abondante diarrhée s'établit, et le malade succomba quelques jours après son apparition.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le foie occupait tout l'espace compris entre le rebord des fausses côtes droites en haut, et la ligne qui, supposée partir de la crête supérieure de l'os des îles, irait aboutir vers l'ombilic. Ainsi c'était bien lui qui constituait la tumeur reconnue pendant la vie. En un point de sa face convexe, vers le milieu de son lobe droit, il présentait une fluctuation manifeste. Là où celle-ci existait, on trouva à la place du parenchyme du foie une cavité qui aurait pu admettre deux oranges, et qui contenait deux matières distinctes : 1o du pus blanc, crémeux, bien lié, inodore ; 2o au milieu de ce pus, des hydatides dont quelques-unes seulement étaient encore entières, et dont le plus grand nombre, crevées, ne consistaient plus qu'en des débris de membranes roulées sur elles-mêmes. Celles qui étaient entières présentaient cette circonstance remarquable, que plusieurs points de leurs parois étaient opaques et d'un blanc laiteux. Après qu'on eut vidé cette cavité des diverses matières qui la remplissaient, on vit que ses parois n'étaient tapissées que par une simple couche de pus concret, et qu'au-dessous de cette couche existaient le parenchyme du foie, plus rouge et plus friable dans l'étendue de quelques lignes autour de la cavité, que partout ailleurs. Vers le centre du lobe gauche, on trouva une seconde cavité remplie d'hydatides encore entières. Les parois de cette cavité étaient tapissées par une véritable membrane fibreuse, et autour d'elle on ne trouvait aucune altération appréciable du parenchyme hépatique.

Rate peu volumineuse et molle.

Ramollissement blanc de la membrane muqueuse gastrique vers le grand cul-de-sac ; plaques rouges éparses dans le gros intestin.

Nous trouvons dans la maladie qui fait le sujet de l'observation précédente, deux périodes à distinguer. Dans la première, on voit se former une tumeur considérable dans l'hypochondre droit, et il n'y a d'ailleurs aucun symptôme grave, si ce n'est toutefois l'amaigrissement progressif et la perte graduelle des forces. Dans la seconde période, la douleur se manifeste, la fièvre s'allume, toutes les fonctions se détériorent peu à peu, et la mort succède à l'établissement d'une diarrhée. Nous pensons qu'on peut assez bien rendre compte des symptômes de ces deux pério-

des par les lésions trouvées sur le cadavre : il nous semble probable que, dans la période pendant laquelle il n'y eut ni douleur ni fièvre, le foie ne contenait autre chose que des hydatides; plus tard, du pus vint à être sécrété autour de ces entozoaires. De là, fièvre, douleur, et la série des symptômes qui accompagnent le plus souvent toute suppuration. Ce n'est pas le seul cas où, autour d'hydatides, nous ayons vu se développer divers produits nouveaux, soit pus, soit matières tuberculeuses.

Nous croyons devoir rapprocher de l'observation qu'on vient de lire un fait qui nous a été récemment communiqué par notre ami le docteur Descieux. Dans ce dernier cas, comme dans celui qui vient d'être rapporté, une même cavité contenait à la fois du pus et des hydatides.

Un homme, habitant près Montfort-Lamaury (département de Seine-et-Oise), avait depuis plus de vingt ans ce qu'il appelle des obstructions; il y a sept ans, il rendit des hydatides par l'anus; son existence était habituellement pénible. Les trois quarts de la partie supérieure de l'abdomen étaient occupés par une tumeur bosselée dont le siége était difficile à déterminer. Deux mois environ avant l'époque où cette observation est écrite, le malade ressentit de vives douleurs dans l'abdomen, et un mouvement fébrile s'alluma; sept semaines après l'apparition de ces nouveaux symptômes, une des bosselures les plus saillantes de la tumeur devint fluctuante; le malade y éprouvait de très-vives douleurs. Une incision fut pratiquée sur le sommet de la tumeur; cette incision fut faite à quatre travers de doigt de la ligne blanche du côté gauche. Il en sortit par jet une assiette de pus, et un liquide brun semblable à celui que l'on rencontre quelquefois dans les kystes de l'ovaire; il en sortit de plus des membranes de plusieurs pouces de longueur, jaunâtres, et tout-à-fait semblables à des débris d'hydatides; elles étaient molles, friables, avaient perdu leur consistance. M. Descieux les regarde en effet comme des hydatides mortes. Pendant les quatre jours suivants, du pus et des débris d'hydatides coulèrent en abondance entre les lèvres de l'incision. L'honorable confrère qui m'a communiqué ce fait intéressant estime à deux litres environ ce qui est sorti de l'ouverture artificiellement pratiquée. A l'époque où ceci est écrit, du pus seulement s'écoule sans mélange d'hydatides. L'abdomen est souple, peu douloureux; toutes les bosselures ont disparu; le malade est très-faible, mais sans fièvre; les évacuations sont libres.

SECTION II.

MALADIES DES VOIES D'EXCRÉTION DE LA BILE.

Les différents tissus qui entrent dans la composition des parois de la vésicule du fiel, ainsi que les canaux cholédoque, cystique et hépatique, peuvent être frappés, isolément ou simultanément, d'inflammation aiguë ou chronique. Cette inflammation peut être bornée à un point plus ou moins circonscrit de la vésicule ou des canaux ; elle peut aussi en envahir toute l'étendue. Tantôt, soit par la simple inspection anatomique, soit par l'étude des symptômes, on est conduit à admettre que l'inflammation des voies d'excrétion de la bile est consécutive à une phlegmasie du duodénum ; tantôt, au contraire, rien ne prouve plus cette dépendance ; rien ne démontre que le travail phlegmasique qui a frappé ces voies d'excrétion ne soit pas primitif. N'en est-il pas ainsi à l'extérieur ? Et si, par exemple, l'observation apprend que dans un très-grand nombre de cas l'inflammation des voies d'excrétion du sperme ou de la salive est consécutive à une urétrite ou à une stomatite, n'y a-t-il pas aussi d'autres cas où l'on voit survenir, soit un engorgement aigu ou chronique du testicule, soit une inflammation du conduit de Sthénon et des canaux qui le forment par leur réunion, sans qu'il y ait eu phlegmasie antécédente du canal de l'urètre ou de la cavité buccale ?

Les altérations de texture que l'inflammation détermine dans les voies d'excrétion de la bile sont nombreuses et de plusieurs sortes. D'abord, elles peuvent être bornées à la membrane muqueuse, ou étendues aux tissus subjacents à celle-ci.

La membrane muqueuse peut s'ulcérer, ainsi que M. Louis en a cité des cas ; nous l'avons trouvée considérablement tuméfiée, épaissie, hypertrophiée, à la suite de diverses inflammations aiguës ou chroniques. Si cette augmentation d'épaisseur n'existe que dans la portion de membrane qui tapisse la surface interne de la vésicule du fiel, il n'en résulte aucun phénomène particulier ; mais il n'en est plus de même dans les canaux, dont la membrane muqueuse ne peut se tuméfier sans qu'il en résulte une oblitération complète ou incomplète, durable ou passagère, de ces canaux.

Les tissus subjacents à la muqueuse peuvent aussi subir différentes es-

pèces d'altérations. Dans la vésicule, nous les avons trouvés infiltrés plusieurs fois de sérosité, et une fois de matière purulente. Nous les avons vus, dans cette même vésicule, tantôt ramollis, profondément ulcérés et perforés, en même temps que la muqueuse, d'où résultait un épanchement de bile dans le péritoine; tantôt considérablement épaissis, indurés, squirrheux ; ailleurs, transformés en tissus fibreux, cartilagineux ou parsemés de plaques osseuses; ailleurs enfin, dans un cas que nous citerons plus bas avec détail, les fibres rougeâtres, d'apparence musculaire, apparaissaient sur les parois de la vésicule; un cas semblable à ce dernier a déjà été vu, d'abord par M. Amussat, puis par M. Louis. Dans les canaux hépatique, cystique et cholédoque, le tissu cellulaire sous-muqueux peut également, soit se ramollir, se détruire en même temps que la muqueuse, d'où résulte la perforation d'un point de leurs parois (voyez plus bas les observations particulières); soit s'épaissir, s'indurer, et devenir une cause d'oblitération de ces canaux, de même que dans le canal de l'urètre certaines indurations du tissu cellulaire sous-muqueux en déterminent fréquemment le rétrécissement.

Il y a des cas où l'on ne trouve plus aucune trace de la cavité de l'un ou de l'autre des canaux hépatique, cystique ou cholédoque. A leur place, on n'observe plus qu'un simple cordon fibreux. La cavité de la vésicule peut aussi singulièrement diminuer, s'effacer même complètement, et, là où elle existait, il arrive quelquefois qu'on ne trouve plus qu'un petit corps plein auquel se termine le canal cystique oblitéré lui-même; elle peut disparaître plus complètement encore, et la fosse où elle était logée ne plus être occupée que par du tissu cellulaire plus ou ou moins condensé.

D'autres fois, au contraire, on trouve la cavité de la vésicule beaucoup plus grande que de coutume; cela paraît surtout arriver dans les cas où un obstacle au libre cours de la bile existant dans le canal cholédoque, ce liquide reflue et s'accumule dans la vésicule, d'où il ne peut plus sortir pour s'écouler dans le duodénum.

Cette même augmentation de dimension peut aussi exister dans des portions même des canaux biliaires, situées derrière un obstacle. Dans un cas particulier, où un calcul bouchait l'orifice duodénal du cholédoque, nous avons trouvé celui-ci tellement dilaté dans le reste de son étendue, que son diamètre égalait celui de la veine porte.

Tout le monde sait que les matériaux de la bile peuvent se solidifier dans ses voies d'excrétion, de manière à y former des calculs très-varia-

bles dans leur composition chimique, dans leur forme, leur couleur, leurs dimensions, leur nombre, leur siége, etc. Nous ne ferons point ici l'histoire des calculs biliaires, parce que nos propres recherches ne nous ont rien appris, à leur égard, qui ne soit déjà consigné dans les livres. Nous signalerons seulement à l'attention des chimistes un calcul blanc, uniquement formé de phosphate de chaux, que nous avons trouvé dans une vésicule, qui, autour de lui, ne contenait qu'un peu de mucus. La bile n'y arrivait plus depuis longtemps, car le canal cystique était transformé en un cordon fibreux, sans aucune trace de cavité.

Dans un cas que nous citerons plus bas, nous avons trouvé la vésicule remplie, au lieu de bile, d'une grande quantité de pus.

Les symptômes auxquels peuvent donner lieu les différentes altérations des voies d'excrétion de la bile que nous venons de passer en revue, sont variables en raison de la nature et du siége de ces altérations.

La vésicule peut être remplie de calculs et même de pus; ses parois peuvent être le siége d'altérations diverses; sa cavité peut avoir considérablement diminué, ou même disparu; elle peut enfin cesser de recevoir de la bile par suite de l'oblitération du canal cystique, sans que d'aucune de ces lésions il résulte, pendant la vie, la production de quelque phénomène morbide qui les fasse reconnaître.

Distendue outre mesure par de la bile ou par d'autres matières (calculs, pus, etc.), la vésicule peut dépasser le bord tranchant du foie, et former tumeur en différents points de l'abdomen, où elle devient appréciable au palper. Nous en avons reconnu l'existence, 1° immédiatement au-dessous du bord cartilagineux des côtes droites; 2° plus bas dans l'hypocondre, soit dirigée perpendiculairement en bas, et répondant au lieu qu'elle occupe ordinairement, soit singulièrement inclinée en arrière ou en avant; venant faire, par exemple, saillie dans l'épigastre; 3° nous l'avons vue toucher la crête iliaque, et même descendre au-devant d'elle jusque dans la fosse du même nom.

Cette tumeur, ainsi formée par la vésicule du fiel, peut ne plus cesser une fois qu'elle s'est manifestée. Ailleurs, on la voit disparaître, au bout d'un temps plus ou moins long. Cette disparition survient principalement dans les circonstances suivantes: 1° lorsque l'obstacle qui s'opposait au cours de la bile dans le canal cholédoque cesse d'exister; 2° lorsque la bile, d'abord accumulée dans son réservoir, y est ensuite résorbée, et que la vésicule, n'en recevant plus de nouvelle, tend à s'atrophier; 3° lorsque les parois de cette même vésicule, distendues et

plus ou moins altérées, viennent à se perforer; d'où issue de la bile, soit dans le péritoine, soit dans un autre organe creux, avec la cavité duquel la vésicule communique accidentellement, soit à l'extérieur, dans le cas où des adhérences sont préliminairement établies entre la vésicule et les parois abdominales, et que celles-ci se sont à leur tour enflammées, ulcérées de dedans en dehors, et perforées.

En parlant des altérations diverses qui peuvent frapper le parenchyme hépatique, nous avons dit que l'ictère pouvait survenir dans toutes, mais n'était nécessairement le résultat d'aucune. L'observation démontre, au contraire, que toutes les fois qu'il y a oblitération, soit du canal hépatique, soit du canal cholédoque, il y a production d'ictère. Cette oblitération peut être produite soit par un corps étranger qui obstrue la cavité des canaux, soit par des tumeurs qui la compriment de dehors en dedans, soit par un travail inflammatoire qui a produit l'engorgement, l'épaississement de la membrane muqueuse, ou celui des tissus subjacents. On conçoit que l'ictère, dû à l'oblitération déterminée par une de ces causes, doit être, comme cette oblitération elle-même, passager ou permanent.

On a aussi admis un ictère, par spasme des canaux biliaires; mais ce spasme a été plutôt opposé que démontré; et, bien que nous admettions, en nous fondant sur plusieurs observations précédemment citées, que, sous l'influence de certaines modifications du système nerveux, le foie peut être altéré dans son mode de sécrétion, de manière à ce qu'il en résulte un ictère, nous pensons que la cause de la production de celui-ci réside alors dans la profondeur même du parenchyme de l'organe, là où s'opère l'acte de la sécrétion, et non dans les voies d'excrétion de la bile, dont la contraction spasmodique ne nous semble être qu'une pure supposition.

Il résulte d'ailleurs, comme corollaire de nos observations, que dans un très-grand nombre de cas l'ictère est produit, et persiste plus ou moins longtemps, sans qu'il y ait dans les voies d'excrétion de la bile aucun obstacle appréciable: c'est ce qu'a également vu M. Louis.

Les observations suivantes vont nous montrer les lésions les plus importantes que peuvent subir les voies d'excrétion de la bile, et les divers symptômes auxquels ces lésions donnent lieu.

XLVIe OBSERVATION.

Inflammation aiguë du canal cholédoque; oblitération de sa cavité. Rupture du canal hépatique par distension de ses parois. Ictère avec douleur dans l'hypocondre droit, et tumeur dans cette même région formée par la vésicule. Péritonite.

Un cordonnier, âgé de 35 ans, entra à l'hôpital de la Charité, le 8 novembre 1821. Six jours auparavant, à la suite d'un excès de table, il fut pris d'une assez vive douleur à droite de l'épigastre, un peu au-dessous du bord des côtes. Le lendemain, il s'aperçut qu'il était jaune. Le 9 novembre, septième jour, il présenta l'état suivant : teinte jaune des conjonctives et de toute la surface de la peau, douleur obtuse dans l'hypocondre droit; au-dessous de l'extrémité antérieure de la onzième côte, on sent une tumeur piriforme, mobile sous le doigt, indolente, dont la grosse extrémité dépasse un peu le niveau de l'ombilic, et dont la petite se perd derrière les côtes. La langue est naturelle, la soif peu vive, l'appétit nul, les selles rares et décolorées. Le pouls est fréquent, la peau chaude et sèche. Nous regardâmes la tumeur de l'hypocondre comme produite par la vésicule remplie de bile (*sangsues à l'anus*, *petit-lait avec acétate de potasse*, *diète*). Les quatre jours suivants, la tumeur augmenta; aucun autre changement n'eut lieu. Dans la journée du 13 novembre, onzième jour de l'invasion de la douleur de l'hypocondre, le malade fut pris tout à coup d'une douleur beaucoup plus vive, qui, partant de la région du foie, envahit bientôt la totalité de l'abdomen. Lorsque nous vîmes le malade le lendemain matin, cette douleur persistait; son extrême acuité, son exaspération par la pression la plus légère, indiquaient suffisamment qu'elle avait pour cause une inflammation péritonéale : en même temps, face pâle, grippée, profondément altérée; anxiété générale portée au plus haut degré; pouls petit, très-fréquent; extrémités déjà froides (*deux vésicatoires aux jambes, vingt sangsues sur l'abdomen*). Mort dans l'après-midi.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le péritoine était rempli d'un liquide purulent, dont la teinte, généralement jaune, le devenait beaucoup plus dans le flanc droit. La surface interne du duodénum présentait une couleur rouge intense. Le point où s'ouvre le canal cholédoque, et qu'on ne trouve pas ordinairement sans l'avoir un peu cherché, était marqué par une petite tumeur arrondie, percée à son centre d'une sorte d'orifice capillaire, large d'une ligne au plus, et s'élevant de trois lignes environ au-dessus du niveau de la surface intestinale. Un stylet très-fin, introduit par l'ouverture que cette tumeur présentait à son centre, ne rencontra pas d'abord de cavité. Toutefois, poussé avec force, il parut franchir un obstacle et il s'engagea dans le canal cholédoque, qu'il parcourut avec peine dans toute son étendue, comme si la cavité ordinaire du canal se trouvait effacée, et que le stylet la reformât un peu, à mesure qu'on le poussait avec précaution de l'intestin vers le foie. Incisé en divers sens, le conduit cholédoque ne présenta en effet qu'une cavité presque imperceptible; ses parois étaient considérablement épaissies; elles avaient d'ailleurs une grande friabilité, et se déchiraient par la plus légère traction. Au contraire, les canaux hépatique et cystique présentaient une augmentation notable de capacité, ainsi que la vésicule. Un peu avant l'union de ces deux canaux, l'épatique offrait une solution de continuité irrégulièrement arrondie, et assez large pour admettre un petit pois. Autour de cette perforation, la texture des parois du canal ne paraissait point altérée. La cause de la péritonite fut dès-lors évidente. Le tissu du foie ne

présenta rien de remarquable. L'estomac offrait quelques plaques rouges dont la couleur résidait dans la muqueuse. Le reste du tube digestif et les autres organes parurent sains.

Il est peu de cas où les symptômes observés pendant la vie soient en rapport aussi rigoureux avec les lésions trouvées sur le cadavre. Par suite d'un écart de régime, l'estomac et le duodénum s'enflammèrent; peu marquée dans le premier de ces organes, la phlegmasie prit dans le second un plus haut degré d'accroissement; l'irritation de la muqueuse duodénale se propagea, par continuité de tissu, à la portion de membrane qui tapisse le canal cholédoque. Ainsi s'enflamment, dans l'ophthalmie, les conduits lacrymaux, et, dans l'urétrite les canaux séminifères. De là, engorgement de la membrane muqueuse, oblitération de la cavité du canal cholédoque, et par suite accumulation de la bile dans la vésicule, formation de la tumeur de l'hypochondre, résorption vraisemblable d'une autre portion de bile, et production de l'ictère. Quant au canal hépatique, l'excès de capacité qu'il présenta semble prouver qu'il avait été fortement distendu par la bile. Cette distension fut-elle poussée assez loin pour produire la rupture de ces parois? On peut le supposer, en raison de leur peu d'épaisseur. Une autre circonstance remarquable, c'est que l'inflammation, très-intense dans toute l'étendue du canal cholédoque, n'occupait que ce seul conduit, et que les canaux hépatique et cystique en étaient entièrement exempts. D'autres surfaces muqueuses nous offrent également de fréquents exemples d'inflammations, dont le siége se trouve, comme ici, exactement circonscrit. Ainsi, dans le plus grand nombre des gastrites, la rougeur de la muqueuse se termine brusquement, d'une part au cardia, et d'autre part au pylore. Ainsi, il n'est pas rare de voir l'une des faces de la valvule iléo-cœcale présenter une vive rougeur, tandis que l'autre face est blanche; ce changement de couleur a lieu tout-à-coup. Aucune nuance, aucune teinte intermédiaire ne sépare l'endroit enflammé de l'endroit resté sain.

XLVIIe OBSERVATION.

Tumeur dans l'hypocondre droit formée par la vésicule biliaire; douleur dans cette même région. Ictère. Guérison.

Un homme de 30 ans environ ressentit pendant deux jours une assez vive douleur dans l'hypocondre droit, puis il devint jaune. Lorsqu'il entra à la Charité pendant le

cours de l'été de 1824, l'ictère et la douleur de l'hypocondre persistaient. Immédiatement au-dessous du rebord cartilagineux des côtes, un peu en dedans d'une ligne droite, dont l'extrémité inférieure eût été supposée répondre à l'épine antérieure supérieure de l'os des îles, on sentait une tumeur puriforme, mobile, dépassant de deux travers de doigt environ le bord des côtes, derrière lesquelles elle se prolongeait. Cette tumeur nous parut être produite par la vésicule du fiel, qu'une grande quantité de bile distendait outre mesure. Le pouls était fréquent, et la peau chaude : la constipation était opiniâtre (*vingt sangsues à l'anus*, *tisane d'orge*, *lavements*, *pédiluve*). Dès le lendemain, la fièvre n'existait plus. Pendant les trois jours suivants, la tumeur diminua d'abord, puis disparut ainsi que la douleur : l'ictère se dissipa, les selles se rétablirent, et le malade ne tarda pas à sortir très-bien portant.

Cette observation, comparée à la précédente, nous offre avec celle-ci la plus grande analogie, sous le rapport du début de la maladie et de ses symptômes. Dans l'un et l'autre cas, l'hypocondre droit est d'abord douloureux ; il offre bientôt une tumeur circonscrite qui est évidemment la vésicule du fiel, puis un ictère avec fièvre se manifeste. Dans le premier cas, le malade succombe à une péritonite, et l'on trouve dans l'engorgement inflammatoire du canal cholédoque l'explication de tous les accidents qui ont préexisté à la phlegmasie du péritoine. Dans le second cas, ces mêmes accidents se dissipent promptement sous l'influence des antiphlogistiques, et le malade est rendu à la santé. L'identité des phénomènes doit, ce me semble, faire admettre ici l'identité de cause. Dans ce second cas, comme dans le premier, la douleur et la tumeur de l'hypocondre, l'ictère, le mouvement fébrile, nous paraissent devoir être rapportés à l'oblitération inflammatoire du canal cholédoque. Résultat d'une phlegmasie aiguë, cette oblitération se dissipa à mesure que la résolution de la phlegmasie s'opéra. Citons maintenant d'autres cas dans lesquels l'inflammation, passée à l'état chronique, a donné lieu à une oblitération permanente.

XLVIIIe OBSERVATION.

Inflammation chronique des canaux cholédoque et cystique ; oblitération de leur cavité par épaississement des parois ; ramollissement et rupture des parois de la vésicule. Ictère. Péritonite sur-aiguë.

Un fort à la Halle, âgé de 64 ans, entra à la Charité dans la dernière quinzaine du mois de décembre 1821. Trois mois auparavant, cet homme avait été pris, sans cause connue, de vomissements bilieux qui persistèrent pendant plusieurs jours. Ils cessèrent spontanément ; ils furent remplacés par une diarrhée très-abondante, qui dura pendant

un mois environ, et épuisa le malade. Vers le milieu du mois de septembre, le flux du ventre diminua, mais les forces ne se rétablissaient pas ; l'appétit était à peu près nul, et les aliments étaient difficilement digérés. Le malade commença à s'apercevoir alors que les yeux et toute la surface du corps avaient une teinte jaune assez prononcée. Cependant, bien que perdant chaque jour son embonpoint et ses forces, il continua à travailler jusqu'avant les huit derniers jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital. Il présenta alors l'état suivant.

Toute la peau était d'un jaune tirant un peu sur le vert ; la maigreur était considérable, la langue s'éloignait peu de son état naturel, mais il y avait anorexie complète, et le peu d'aliments qui étaient introduits dans l'estomac causaient à la région de l'épigastre une sensation de pesanteur et de chaleur qui se prolongeait pendant plusieurs heures. Les selles étaient rares, d'une couleur gris-cendré. L'abdomen, palpé avec soin, ne présentait aucune tumeur ; partout il était souple et indolent. Le pouls, sans fréquence le matin et dans le jour, s'accélérait un peu chaque soir. Des sangsues appliquées à l'épigastre ne rendirent pas les digestions plus faciles. Un vésicatoire placé sur cette région fut plus efficace. Le malade prenait pour toute nourriture du lait et quelques potages. Quinze jours environ après son entrée, l'état de l'estomac semblait s'être amélioré, le mouvement fébrile du soir était beaucoup moins prononcé : mais l'ictère persistait ; les forces ne revenaient pas ; la maigreur augmentait. (*On donna l'eau de Vichy, le petit-lait avec addition de crême de tartre, des pilules de mercure doux et de savon*).

Un matin, en se plaçant sur son séant, le malade ressentit tout à coup comme *un déchirement* (c'était son expression) dans l'hypocondre droit. Quelques minutes après, une vive douleur se manifesta d'abord dans le flanc droit, puis dans tout l'abdomen. Lorsque, le lendemain, nous vîmes le malade, il présentait d'une manière non douteuse tous les symptômes d'une péritonite aiguë. La manière brusque dont elle avait débuté, la sensation de déchirement bien caractérisée qu'avait éprouvée le malade, nous portèrent à penser que cette péritonite reconnaissait pour cause une perforation intestinale (*trente sangsues furent appliquées sur l'abdomen*). Dans la journée, le malade s'affaissa rapidement ; il succomba dans la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Une grande quantité de liquide d'un gris sale, comme bourbeux, était épanchée dans le péritoine, que des concrétions membraniformes couvraient déjà en plusieurs points. L'estomac et le reste du tube digestif, examinés avec soin, ne présentèrent aucune perforation. Mais la vésicule du fiel, réduite à un très-petit volume, et comme atrophiée, offrait à sa surface inférieure, non loin de sa grosse extrémité, une solution de continuité de la largeur d'une pièce de cinq sous environ. La surface interne de la vésicule ne présentait rien de remarquable ; mais ses parois nous parurent être, dans toute leur étendue, remarquables par leur friabilité. En cherchant à pénétrer de l'intérieur de la vésicule dans le canal cystique, nous ne pûmes y parvenir. Incisant ensuite le canal cholédoque, pour remonter de ce canal dans le cystique, nous reconnûmes que la cavité de ces deux conduits était devenue si petite qu'il était impossible d'y introduire le stylet le plus fin. Cette oblitération presque complète était le résultat de l'épaississement considérable qu'avaient subi leurs parois. Le canal hépatique, au contraire, était très-dilaté, et rempli de concrétions biliaires. Le tissu du foie n'offrit aucune altération appréciable. La membrane muqueuse de l'estomac était dans toute son étendue considérablement épaissie, d'un gris ardoisé et comme mamelonnée. Le

tissu lamineux subjacent et la tunique musculaire participaient aussi d'une manière notable à cet excès d'épaisseur. La couleur ardoisée de l'estomac se continuait dans le duodénum. Le reste du tube digestif n'offrit point d'altération appréciable. Rien de remarquable dans les autres viscères des trois cavités, si ce n'est une couleur jaune très-prononcée de la dure-mère.

Ici encore l'oblitération presque complète d'une partie des canaux biliaires reconnut pour cause très-probable un état inflammatoire de ces canaux. Comme chez les sujets des précédentes observations, la maladie se montra d'abord sous la forme d'une simple phlegmasie gastro-intestinale ; comme chez eux, cette phlegmasie se propagea bientôt aux canaux biliaires, et de leur engorgement résulta l'ictère. Jusqu'à présent tout est analogue chez ces trois malades : mais de plus, chez celui-ci, l'inflammation passe à l'état chronique, et après plusieurs mois de durée, elle produit un épaississement tel des canaux biliaires, que si le malade eût encore vécu quelque temps, il est vraisemblable que leur oblitération eût été complète, et qu'on les eût trouvés transformés en une sorte de cordon ligamenteux, comme l'observation suivante nous en offrira un exemple. L'oblitération du canal cystique explique pourquoi, dans ce cas, la vésicule, loin d'être distendue et de former tumeur, fut, au contraire, trouvée réduite à un très-petit volume. Ses parois, ramollies et friables, semblaient d'ailleurs avoir participé à l'inflammation qui avait frappé les conduits cystique et cholédoque ; seulement le travail inflammatoire, qui avait rendu plus épaisses et plus dures les parois de ces conduits, avait au contraire ramolli les parois de la vésicule. Ne nous étonnons pas de deux effets opposés de l'inflammation dans les diverses parties du même tissu ; les membranes muqueuses nous en offrent de fréquents exemples. Ainsi les mêmes symptômes de phlegmasie ayant existé, tantôt on trouve la muqueuse gastrique tellement ramollie qu'elle ne forme plus qu'une sorte de pulpe inorganique ; tantôt, au contraire, on la rencontre plus épaisse, plus dure que dans son état normal ; il est même des individus chez lesquels on trouve réunis ces deux états morbides dans les diverses parties de leur estomac. La rupture des parois ramollies de la vésicule du fiel rentre donc ici dans les cas de l'espèce de perforation de l'estomac, où la rupture des parois de ce viscère n'est que le dernier degré de leur ramollissement. Quant à la sensation de *déchirement* qu'éprouva le malade, elle a été également ob-

servée chez d'autres individus, dans des cas de perforation de l'estomac ou de la vessie. Nous en avons cité ailleurs quelques exemples (1).

XLIXe OBSERVATION.

Rétrécissement du canal cholédoque. Oblitération du canal cystique ; dilatation de l'hépatique et de ses principales divisions. État granuleux du foie. Gastrite chronique. Ictère.

Un homme de 50 ans, adonné aux liqueurs alcooliques, fit, deux ans avant d'entrer à l'hôpital, une chute dans laquelle l'hypocondre droit fut violemment contus par une barre de fer. Depuis ce moment, il dit ressentir une douleur sourde dans ce même hypocondre ; il ne peut pas assigner d'une manière précise l'époque à laquelle il a commencé à devenir jaune.

État du malade lors de son entrée à l'hôpital (août 1825) : Teinte très-jaune des conjonctives et de toute la surface cutanée ; ascite ; infiltration des membres inférieurs; douleur sourde habituelle dans l'hypocondre, où l'on ne sent aucune tumeur, non plus que dans le reste de l'abdomen, anorexie ; pas de vomissements ; selles décolorées ; urines noires.

Les jours suivants, même état ; pouls peu fréquent, faible, régulier ; puis affaiblissement graduel ; tendance à l'assoupissement. La veille de la mort, évacuation de matières noires liquides par le vomissement et par les selles.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Sérosité limpide et jaune, sans aucune trace d'inflammation, dans le péritoine, foie d'un petit volume, d'une couleur verdâtre, d'une grande densité, présentant un grand nombre de granulations éparses à sa surface extérieure, ainsi que dans l'intérieur de son parenchyme. La vésicule du fiel est fortement distendue par un liquide séreux très-légèrement teint en jaune ; son col, ainsi que le canal cystique, ne présentent plus aucune trace de cavité. Les principaux rameaux qui par leur réunion constituent le canal hépatique, et ce canal lui-même, sont extrêmement dilatés et remplis d'une bile jaune épaisse. A partir de la jonction hépatique et cystique, le canal cholédoque se rétrécit beaucoup jusqu'au duodénum ; un stylet peut cependant y être encore introduit, et pénétrer dans le duodénum.

Un liquide très-noir remplit l'estomac ; sa surface interne est ardoisée dans une grande partie de son étendue, et sa membrane muqueuse est mamelonnée ; le duodénum est parsemé d'un grand nombre de petits points noirs ; tout l'intestin grêle est rempli par un liquide, qui, en plusieurs endroits, est noir comme celui de l'estomac, ailleurs est rouge, et paraît être manifestement du sang ; au-dessous de ce liquide la membrane muqueuse est pâle.

Rien de remarquable dans les autres viscères de l'abdomen.

Engorgements sanguins partiels, avec couleur noire et dureté du parenchyme, en plusieurs points du poumon (*Apoplexie pulmonaire* de M. Laennec.) L'un de ces engorgements a son siége tout à fait au sommet du poumon droit.

---

(1) *Précis d'Anatomie pathologique.*

Infiltration rougeâtre du tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères.

Sérosité roussâtre dans le canal thorachique.

L'altération de texture des voies d'excrétion de la bile est ici compliquée d'une altération du parenchyme même du foie (*diminution de volume*, *augmentation de densité*, *granulations*). De cette altération du parenchyme dépendit l'ascite ; il y eut jaunisse, bien que l'oblitération du canal cholédoque ne fût pas complète; il était seulement très-rétréci. Le point de départ de ces diverses altérations paraît remonter à la chute sur l'hypocondre droit.

Ici, d'ailleurs, nous retrouvons encore une gastrite chronique, et de plus un pointillé noir dans le duodénum.

Nous remarquerons les exhalations sanguines qui, dans les divers temps de la vie, eurent lieu simultanément dans le tube digestif, dans les poumons, dans la pie-mère.

L[e] OBSERVATION.

Transformation des conduits cholédoque et cystique en cordons fibreux ; atrophie du foie. Ancien ictère avec ascite.

Un homme, âgé de 50 ans, entra à la Charité vers le commencement du mois de décembre 1820. Depuis sept mois il était affecté d'ictère. Il assurait n'avoir jamais ressenti de douleur en aucun point de l'abdomen ; depuis trois mois environ l'abdomen avait commencé à se tuméfier. Lorsque ce malade fut soumis à notre examen, toute la peau, ainsi que la conjonctive, présentait une teinte jaune, qui, à la face, tirait sur le vert. Une énorme ascite existait. Les membres abdominaux n'étaient que très-légèrement œdématiés. Les fonctions digestives ne présentaient d'autre altération qu'un défaut habituel d'appétit et une constipation opiniâtre ; les selles étaient peu consistantes, tout à fait décolorées. L'urine était peu abondante et verdâtre. Il y avait apyrexie complète. Les organes thorachiques paraissaient être sains. La gêne de la respiration, peu considérable, semblait dépendre uniquement du refoulement du diaphragme par le liquide du péritoine. Nous crûmes devoir rapporter l'ascite à une affection du foie (*tisane et potions diurétiques*, *pilules de calomel et de savon*, *frictions sur les membres avec la teinture de digitale*). Pendant les dix jours suivants, l'état du malade n'offrit aucun changement ; puis les traits de la face s'altérèrent tout à coup, et il succomba inopinément.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Encéphale généralement mou, comme abreuvé de sérosité, sans autre lésion. Organes thorachiques très-sains. Péritoine rempli par une énorme quantité de sérosité limpide, d'un jaune citrin, n'offrant aucune trace d'inflammation.

Le foie est remarquable par son petit volume ; il est comme flétri ; il offre assez la couleur grisâtre de l'olive ; il a d'ailleurs sa consistance ordinaire, et son tissu ne présente aucune autre altération appréciable. Des orifices divisés des canaux biliaires, contenus dans l'intérieur du foie, découle en abondance une matière d'un beau vert, semblable à la résine de la bile, lorsqu'elle a été isolée des autres principes constituants de ce liquide. Les branches principales, qui, par leur réunion, vont former le canal hépatique, ainsi que ce canal lui-même, sont considérablement dilatées et remplies de grumeaux de matière jaune, tels qu'on les obtient au moment où on les précipite de la bile par l'acide nitrique. Le canal hépatique présente une pareille dilatation jusqu'au point de sa réunion avec le cystique. Ce dernier conduit, ainsi que le cholédoque dans toute son étendue, est transformé en un cordon ligamenteux, dans lequel la dissection la plus exacte ne peut faire découvrir aucun reste de cavité. La vésicule du fiel, réduite à un très-petit volume, est moulée sur une concrétion inégale, formée par de la matière jaune durcie. La rate est très-volumineuse. Tous les autres organes, le tube digestif en particulier, paraissent être dans leur état physiologique.

Chez ce malade, l'oblitération d'une partie des conduits biliaires était plus complète que chez les précédents. Les canaux cystique et cholédoque ne constituaient plus que de simples cordons ligamenteux, sans aucune trace de cavité. Quant à l'étiologie de cette espèce d'oblitération, elle est plus obscure que dans les cas précédemment cités, et ce n'est plus que par analogie qu'on peut admettre ici l'inflammation comme cause vraisemblable de l'oblitération des conduits biliaires. Si cette inflammation a existé, elle a été sourde, latente ; et rien ne prouve que la phlegmasie du canal cholédoque a été, comme dans les cas précédents, consécutive à une phlegmasie gastro-intestinale. Si nous ne voulons pas nous égarer, efforçons-nous toujours d'assigner la limite qui sépare ce qui n'est que probable de ce qui est démontré. Nous ne ferons qu'indiquer ici plusieurs circonstances intéressantes de cette observation, telles que la différence d'aspect que présentait la bile dans les petites divisions et les grosses branches du canal hépatique, l'espèce d'isolement des deux principaux éléments de ce liquide (matière résineuse verte et matière jaune) ; l'état particulier du foie, état semblable à celui que nous avons déjà trouvé chez plusieurs ascitiques ; l'espèce de compensation qui existait entre la petitesse du foie et l'énorme volume de la rate ; enfin la mort inopinée du malade. Ce genre de mort presque subite, sans agonie, sans trouble antécédent des fonctions du poumon ou du cerveau, est loin d'être rare chez les hydropiques, chez ceux surtout dont l'hydropisie est liée à un état du foie tel que celui dont il est ici question. Dans ce cas,

comme dans beaucoup d'autres, la cause immédiate de la mort nous échappe entièrement.

LIe OBSERVATION.

Transformation du canal cystique en cordon fibreux. Dilatation considérable du canal cholédoque, sans existence d'obstacle à son extrémité duodénale. Calculs de phosphate de chaux dans la vésicule. Foie volumineux et granuleux. Ascite. Pas d'ictère. Péricardite latente.

Un marchand épicier, âgé de 50 ans, éprouva de violents chagrins en 1815; il fut alors totalement ruiné par suite de mauvaises spéculations. Dès ce moment, sa santé, bonne jusqu'alors, se dérangea ; il eut une jaunisse qui ne fut que passagère, puis il eut une ascite. En 1816, il subit deux fois la ponction, mais chaque fois le liquide se reproduisit avec une grande rapidité. Pendant les neuf années suivantes, sa santé a été constamment mauvaise ; en 1817, l'ascite a spontanément disparu, et elle ne s'est remontrée que quelques mois avant l'entrée du malade à l'hôpital (1825).

Lorsque nous vîmes le malade, une tumeur volumineuse existait dans l'hypocondre droit ; on la sentait jusqu'aux environs de l'ombilic ; jamais elle n'avait été douloureuse. L'abdomen, considérablement tuméfié, était le siége d'une fluctuation manifeste. Les membres ne sont point infiltrés, ils l'ont été une seule fois en 1816. Langue naturelle, appétit conservé, pouls très-petit, un peu fréquent ; toux et respiration courte depuis un an.

Ce malade n'était que depuis peu de jours à l'hôpital ; il avait encore de la force, il se levait, se promenait dans les salles, lorsque, dans la matinée du 4 août, il fut trouvé dans un état comateux ; extrémités froides, pouls insensible. Mort deux heures après la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Remarquable affaissement de l'abdomen qu'à l'avant-dernière visite nous avions encore trouvé tuméfié. Nous négligeâmes de l'examiner à la visite du 4 août. Maigreur de la face et des membres.

Crâne. Adhérences celluleuses de la lame d'arachnoïde qui tapisse la dure-mère avec celle qui est étendue sur les parties supérieures et latérales des hémisphères cérébraux ; tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré d'une notable quantité de sérosité ; on en trouve aussi beaucoup dans les ventricules latéraux, qui restent considérablement distendus après qu'on en a fait sortir le liquide qu'ils contenaient.

Thorax. Anciennes adhérences celluleuses des plèvres costale et pulmonaire : nombreux tubercules miliaires au centre des lobes supérieurs de chaque poumon, dont le tissu est d'ailleurs sain et crépitant. Péricarde distendu par trois verres d'un liquide rouge, semblable au sang qui sort d'une veine. Toute la surface interne du péricarde est tapissée par des fausses membranes superposées. Celles qui sont en contact immédiat avec le liquide sont colorées par lui ; elles présentent un aspect aréolé, assez semblable à celui de l'estomac des ruminants, connu sous le nom de bonnet. Ailleurs elles sont rugueuses, hérissées d'aspérités. Le cœur lui-même est sain.

Abdomen. Le péritoine ne contient qu'une très-médiocre quantité de sérosité. Le foie est intimement uni par des fausses membranes, d'une part au diaphragme, et d'autre part à la rate, à l'estomac et au colon. Des fausses membranes épaisses dérobent à

la vue la vésicule du fiel, qui, réduite à un très-petit volume, ne contient que quelques mucosités filantes, et trois petites concrétions d'un blanc mat, que l'analyse chimique nous a démontré être formées de phosphate de chaux. Le canal cystique était transformé en un cordon fibreux jusqu'à son embouchure dans le canal hépatique : au point de jonction de ces deux calculs, existait un petit calcul semblable aux calculs biliaires ordinaires. Le canal hépatique présentait son aspect normal ; mais le canal cholédoque avait une capacité au moins triple de celle qu'il offre communément ; il s'ouvrait librement dans le duodénum. Un tissu dur, ayant plusieurs lignes d'épaisseur, d'un aspect squirrheux, était interposé entre le péritoine qui recouvre les deux faces du foie et la membrane propre de ce viscère, laquelle, au-dessous de ce tissu accidentel, apparaissait sous forme d'une ligne légèrement ondulée. Le foie, très-volumineux, dépassait de plusieurs travers de doigt le rebord des côtes ; il s'étendait jusque dans l'hypocondre gauche. Incisé en divers sens, il présentait partout un tissu d'une remarquable densité, d'un blanc grisâtre et parsemé d'une très-grande quantité de granulations, qui faisaient une notable saillie au-dessus d'un fond plus rouge qu'elle.

La rate était très-volumineuse, de consistance médiocre : taches rouges dans le duodénum, résidant dans la muqueuse. Autres organes sains.

Bien que cette observation soit incomplète à plusieurs égards, elle offre cependant de l'intérêt sous plus d'un rapport. On remarquera d'abord qu'il n'y eut point ici d'ictère ; et, en effet, le canal cystique était seul oblitéré. La bile n'arrivait plus dans la vésicule, qui ne contenait que du mucus et des concrétions tout-à-fait étrangères par leur nature aux calculs biliaires. Quelle fut la cause de la dilatation considérable du canal cholédoque ? Sa cavité s'agrandit-elle pour suppléer la vésicule, et remplir dans une partie de son étendue les fonctions d'une sorte de réservoir ? Remarquons, à l'appui de cette idée, que chez plusieurs animaux qui n'ont point de vésicule du fiel, et chez des hommes qui en étaient privés, on a trouvé une pareille dilatation du canal cholédoque.

Nous avons trouvé plus souvent un semblable agrandissement de la cavité des canaux biliaires derrière un calcul qui obstruait un point de leur étendue. Entre autres cas de ce genre, nous citerons celui d'un individu, âgé de plus de 60 ans, dont la vésicule et les canaux biliaires contenaient un grand nombre de calculs. Plusieurs étaient accumulés vers l'extrémité duodénale du canal cholédoque, et en obstruaient complètement l'orifice. Celui-ci, vu dans le duodénum, était plus apparent que de coutume, et présentait à son pourtour une sorte de bourrelet qui rappelait la disposition de l'anus. Derrière cet amas de calculs, le canal cholédoque avait subi une dilatation telle que son diamètre égalait au moins celui de la veine porte. Il en était de même des conduits cystique

et hépatique. Les rameaux qui donnaient naissance à ce dernier, remplis de calculs, étaient aussi tellement dilatés, que l'un d'eux, ouvert, pouvait recevoir dans sa largeur l'index et le doigt du milieu réunis.

Cette observation offre encore un exemple de la coïncidence d'un état comateux promptement terminé par la mort, avec la disparition subite du liquide d'une hydropisie, sans établissement d'aucune évacuation supplémentaire (*Voyez* ce que nous avons déjà dit à ce sujet, dans un des volumes précédents.)

Les fausses membranes qui entouraient le foie, et qui l'unissaient à plusieurs parties voisines, n'ont été ici annoncées dans leur formation par aucune douleur aiguë. La lésion du péricarde ne fut pas moins obscure. Les tubercules pulmonaires ne pouvaient être annoncés par aucun signe caractéristique.

LIIe OBSERVATION.

Inflammation chronique de la vésicule biliaire. Concrétions osseuses, et développement de fibres d'apparence musculaire dans l'épaisseur de ses parois. Induration du parenchyme hépatique.

Un vitrier, âgé de vingt-neuf ans, contracta, deux ans environ avant l'entrée à l'hôpital, une diarrhée, qui, après avoir duré un certain temps, se compliqua d'ascite, d'infiltration des membres inférieurs et d'ictère. Lorsque nous vîmes le malade, l'hypocondre droit était tendu, légèrement douloureux. Il accusait de temps en temps de vives douleurs à l'épaule droite. Sa langue était naturelle, la soif peu vive, l'appétit nul depuis longtemps. Il y avait des alternatives fréquentes de constipation et de diarrhée. Tantôt les selles étaient complètement décolorées, tantôt elles étaient jaunes ou brunes.

Pendant les trois premières semaines du séjour du malade, aucun changement notable ne survint : puis le dévoiement, suspendu depuis quelque temps, reparut très-considérable. La fièvre s'alluma, la langue se sécha et se noircit ; un amaigrissement très-rapide eut lieu ; le malade tomba dans une prostration de plus en plus grande, et ne tarda pas à succomber.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Sérosité limpide dans l'abdomen.

Foie induré et d'une teinte verdâtre foncée. Il était formé par deux tissus bien distincts ; 1o un tissu blanc verdâtre occupant plus d'espace que l'autre, et disposé en larges plaques irrégulières (tissu blanc ordinaire hypertrophié) ; 2o un tissu vert foncé, analogue du tissu rouge ordinaire, que circonscrivait la ligne blanche. Le canal hépatique était sain, ainsi que le cholédoque. Un calcul, situé vers le milieu du canal cystique, en oblitérait la cavité. La vésicule ne contenait qu'un peu de mucus ; sa surface interne présentait, au lieu de son réseau accoutumé, un aspect qui rappelait tout-à-fait celui des vessies à colonnes ; cette surface était blanche. Les parois de cette vésicule étaient

formées de dedans en dehors ; 1o par la membrane muqueuse, peu épaissie, lisse, facilement détachable des tissus subjacents ; 2o par un tissu très-dense, comme fibro-celluleux, parsemé de quelques petites concrétions osseuses, que l'on sentait à travers la muqueuse qu'elle soulevait. En plusieurs points, et en dehors de ce tissu, on apercevait des fibres rougeâtres disposées en faisceaux ; étaient-ce des rudiments de muscles ?

Ramollissement grisâtre d'une partie de la membrane muqueuse gastrique ; ulcérations à fond et à bords brunâtres vers la fin de l'intestin grêle et dans le cœcum. Rougeur livide autour d'elles ; rougeurs éparses avec ramollissements en plusieurs points du colon. Rate volumineuse et molle.

Nous avons principalement cité cette observation comme offrant un exemple d'une altération assez remarquable dans la texture des parois de la vésicule du fiel. On y voit d'abord un changement notable d'aspect de la membrane muqueuse, un commencement de dépôt de matières osseuses au-dessous d'elle, ce qui rappelle les cas dans lesquels on a vu une ossification complète des parois des vésicules ; enfin, un développement de fibres d'apparence musculaire, disposition qui a déjà été signalée par M. Louis (1), et qui a été aussi vue par M. Amussat.

Nous ne reviendrons point ici sur le genre d'altération du parenchyme hépatique et sur les symptômes qui en résultèrent, puisque nous ne pourrions que répéter ce que nous avons dit plus haut. Nous engageons seulement le lecteur à comparer spécialement cette observation, qui présente une lésion du foie tout-à-fait identique et accompagnée des mêmes symptômes.

LIIIe OBSERVATION.

Suppuration à l'intérieur de la vésicule biliaire. Cancer du parenchyme du foie. Péritonite aiguë indolente.

Une femme, âgée de 47 ans, mère de dix-huit enfants, eut la gale six mois avant d'entrer à l'hôpital ; elle était auparavant bien portante. Elle garda pendant un mois cette affection, qui disparut après qu'elle se fût frictionnée avec un mélange d'huile d'olive, de soufre et d'un jaune d'œuf. Trois mois après la disparition de cette éruption, elle commença à ressentir des douleurs dans l'hypocondre droit. En y portant la main, elle fut étonnée d'y trouver une tumeur déjà volumineuse. Cependant elle continua à travailler ; mais chaque jour elle maigrissait. La face, jusqu'alors bien colorée, prenait une teinte jaune-paille qui se marquait de plus en plus ; ses forces diminuaient rapidement. Elle sentait de temps en temps des frissons qui n'avaient rien de régulier dans leur retour ni dans leur durée. Ces frissons n'étaient jamais suivi de sueur. Depuis

---

(1) *Recherches anatomico-pathologiques*, etc, par M. Louis, pag. 393.

trois mois seulement les règles ont cessé de paraître. Jusqu'à l'époque de son entrée à l'hôpital, on n'a opposé à son mal que des cataplasmes émollients appliqués sur l'hypocondre droit.

État de la malade à l'époque de son entrée. Teinte jaune-paille de la face, encore assez d'embonpoint, forces musculaires assez bien conservées; en palpant l'abdomen, la main plonge facilement dans l'hypocondre gauche et dans le flanc du même côté; mais dans ces mêmes parties à droite, on rencontre un corps résistant, dur, lisse à sa surface, paraissant dépasser l'ombilic, sans qu'on puisse dire positivement le point précis où l'on cesse de le sentir, se prolongeant en haut, derrière les côtes, qui sont légèrement déjetées en dehors. La pression est douloureuse, surtout à quatre ou cinq travers de doigt à droite de l'appendice xyphoïde, où l'on croit sentir quelques bosselures. Sentiment habituel d'amertume à la bouche, anorexie complète, jamais de nausées ni de vomissements, langue naturelle, une selle ordinaire chaque jour, couleur brune-verdâtre des évacuations alvines, pouls petit et fréquent, peau sèche, sans chaleur, respiration libre, urine assez abondante, limpide, léger œdème du pourtour des malléoles (*emplâtre de vigo cum mercurio sur l'hypocondre droit*, *pilules de scille*).

Une quinzaine de jours après son entrée, la malade fut prise d'un frisson violent suivi d'une chaleur brûlante.

A dater de ce jour, les forces diminuèrent rapidement, les traits s'altérèrent, la voix s'éteignit, le pouls, très-fréquent, était d'une petitesse extrême. Les tisanes commencèrent bientôt à être vomies. L'abdomen se tuméfia, sans être plus douloureux à la pression que les jours précédents. La malade expira en vomissant une matière liquide d'un vert noirâtre.

OUVERTURE DU CADAVRE.

État sain des organes du crâne et du thorax.

Abdomen. Une assez grande quantité de sérosité trouble et lactescente est épanchée dans la cavité péritonéale; des pseudo-membranes molles, blanchâtres, inorganiques, recouvrent la surface extérieure de l'intestin et les parois abdominales.

Le foie, très-développé, se prolonge jusque près de la région iliaque droite. Il remonte en haut, jusque dans l'intervalle qui sépare la sixième de la cinquième côte. Sa surface supérieure présente un grand nombre de plaques blanches, de forme irrégulière, entre lesquelles le tissu du foie a conservé sa couleur ordinaire.

La plupart ne font point saillie au-dessus du parenchyme hépatique; quelques-uns cependant s'élèvent au-dessus de lui, et forment de légères bosselures qui auraient pu être senties à travers les parois abdominales. Le tissu du foie incisé présente dans son épaisseur un grand nombre de masses blanches, dont plusieurs, situées à la superficie de l'organe, donnent lieu aux plaques ci-dessus décrites. Ces masses sont formées par une matière d'un blanc grisâtre, dure, sillonnée en plusieurs endroits par des vaisseaux capillaires. Plusieurs de ces masses sont ramollies à leur centre. Là où ce ramollissement existe, on observe une bouillie d'un gris sale, et, en quelques points, rouge. Le plus gros de ces tubercules cancéreux a le volume d'une pomme de reinette; les plus petits sont à peu près de la grosseur d'une noisette. La portion du foie qui occupe l'hypocondre gauche, au lieu de présenter, comme le reste de l'organe, des masses cancéreuses isolées, et séparées par un tissu sain, est transformée presque en totalité par un tissu dur, grisâtre, demi-transparent.

En renversant le foie de bas en haut, on déchire une large poche située sous la face inférieure de l'organe. De cette poche s'écoule un pus blanc, crêmeux, *bien différent du liquide résultant du ramollissement des masses cancéreuses*. A cette poche aboutit

le canal cystique, et d'après sa situation et ce dernier rapport, on ne peut méconnaître la vésicule du fiel remplie de pus, lequel a été sécrété par sa membrane muqueuse enflammée. Le canal hépatique est très-volumineux et plein de bile, le canal cholédoque n'offre rien d'insolite.

La membrane muqueuse gastrique est ramollie et rougeâtre dans toute l'étendue du grand cul-de-sac ; la surface interne du duodénum est pointillée de noir.

Cette observation nous représente la même série de symptômes que ceux que nous avons vu déjà accompagner diverses affections cancéreuses du foie (Voyez les observations ci-dessus mentionnées.) Il n'y avait ni ictère, ni ascite, mais seulement présence d'une tumeur douloureuse dans l'hypocondre droit.

Ce que cette observation offre de particulier, c'est l'existence d'une grande quantité de pus dans la cavité de la vésicule du fiel, qui était distendue par lui. Ce pus aurait-il pu être évacué par l'intestin à travers les canaux biliaires?

On remarquera encore que la péritonite aiguë qui termina les jours de la malade ne fut annoncée par aucune douleur.

LIVRE TROISIÈME.

OBSERVATIONS

SUR LA PÉRITONITE.

SECTION PREMIÈRE.

PÉRITONITES AIGUES.

Dans les observations qui vont suivre, nous chercherons à appeler principalement l'attention : 1° sur quelques-unes des causes qui donnent le plus ordinairement lieu à l'inflammation du péritoine ; 2° sur les différents symptômes qui révèlent l'existence de cette phlegmasie; 3° sur sa marche, qui, dans certains cas, est tellement aiguë qu'un grand nombre d'heures s'écoulent entre l'époque de l'invasion de la maladie et celle de la mort, tandis que d'autres fois la péritonite, toujours aiguë par ses symptômes, ne devient mortelle qu'au bout de trente à quarante jours.

CHAPITRE PREMIER.

PÉRITONITES AIGUES TERMINÉES PAR LA MORT.

Ire OBSERVATION.

Un garçon de 15 ans et demi, faiblement constitué, n'offrant aucun signe de puberté, imprimeur en taille-douce, s'était livré, dans la matinée du 30 avril 1821, à ses travaux accoutumés; il avait déjeuné comme de coutume. Vers deux heures de l'après-midi, il ressentit tout-à-coup, dans le flanc droit, une douleur assez vive pour qu'il s'alitât. La nuit, cette douleur s'étendit à l'hypocondre droit et à l'épigastre; des vomissements eurent lieu, et le malade tomba rapidement dans un grand affaissement. Ces symptômes graves persistèrent les deux jours suivants, pendant lesquels il garda le lit et la diète, et but de l'eau sucrée. Soumis pour la première fois à notre examen, le 2 mai, il présenta l'état suivant :

Face très-pâle, exprimant l'anxiété la plus vive, yeux mornes, entourés d'un cercle bleuâtre très-prononcé; facultés intellectuelles et sensoriales intactes, abdomen tendu, rénitent, devenant par la plus légère pression le siége d'intolérables douleurs qui se font plus violemment sentir dans tout le côté droit de l'abdomen; pas de fluctuation appréciable. Vomissements fréquents de bile d'un vert porracé, constipation; langue humide et blanchâtre; pouls de fréquence médiocre, de force ordinaire, régulier; peau chaude et aride (*saignée de douze onces*, *trente sangsues sur l'abdomen*, *fomentations émollientes*, *deux demi-lavements de graine de lin*, *avec addition de deux onces d'huile d'amandes douces*, *tisane d'orge émulsionnée.*) Le sang tiré de la veine présenta un large caillot couenneux. Les douleurs furent un peu moindres dans la journée; la nuit, le malade goûta un léger sommeil.

Le lendemain, 3 mai, vingt nouvelles sangsues sur le ventre. Les vomissements cessèrent dans la journée, Le 4 mai, sixième jour, l'expression plus naturelle de la face, la diminution sensible des douleurs abdominales, la moindre fréquence du pouls, l'amélioration que le malade lui-même disait éprouver, tout indiquait un notable amendement. Cependant la tension de l'abdomen persistait : la péritonite n'était donc point résolue, mais elle semblait tendre à l'état chronique (*simples tisanes et fomentations, diète.*) Dans la journée, le mieux se soutint; la peau se couvrit pour la première fois d'une douce moiteur, et bientôt d'une sueur abondante : cette évacuation, qui coïncidait avec un amendement sensible de tous les symptômes, pouvait être considérée comme un mouvement critique salutaire. Dans la soirée, la température, très-élevée tout le jour, s'abaissa tout-à-coup; le vent, entrant à travers les fenêtres ouvertes, frappa le malade. Le lendemain, huitième jour, il était mourant. La face avait subi depuis la veille une altération si profonde qu'à peine était-il reconnaissable : toute la peau était froide, les extrémités livides et glacées; le pouls ne battait plus; la respiration haute, précipitée, ne s'exécutait que par le mouvement des côtes. De la bile, en

petite quantité à la fois, était à chaque instant vomie. La langue conservait son humidité, et l'intelligence toute sa netteté. Deux heures après la visite, le malade n'existait plus.

OUVERTURE DU CADAVRE.

22 *heures après la mort.*

Les extrémités conservaient la coloration livide qu'elles présentaient quelque temps avant la mort; les membres étaient raides. Il n'y avait aucune lésion appréciable dans le système cérébro-spinal; les ventricules latéraux du cerveau contenaient, dans leur partie inférieure, une très-petite quantité de sérosité. Les poumons, engoués postérieurement, étaient d'ailleurs sains et crépitants. Le cœur offrait son aspect physiologique : ses cavités droites et gauches contenaient des caillots fibrineux, polypiformes, entrelacés entre les colonnes charnues, se prolongeant dans les différents vaisseaux.

Les parois abdominales étant enlevées, on remarqua que les intestins grêles étaient distendus par une grande quantité de gaz. Le péritoine, qui les recouvrait, offrait une remarquable injection, sans trace d'aucune matière sécrétée. Mais le paquet intestinal étant soulevé, on trouva le flanc droit et la région iliaque du même côté remplis par un liquide blanc comme du lait, dont il avait l'aspect : ce même liquide était accumulé dans l'excavation du bassin, ainsi que dans le flanc gauche. Enfin, les deux faces de l'estomac, le colon ascendant, les anses d'intestin grêle plongées dans le bassin, les surfaces convexes du foie et de la rate, ainsi que les portions de diaphragme correspondantes, étaient tapissés par des concrétions blanchâtres membraniformes, qui ne présentaient encore aucune trace d'organisation. Le colon transverse adhérait à la grande courbure de l'estomac par des brides albumineuses qui avaient déjà une grande consistance.

La surface interne de l'estomac était blanche, si ce n'est en cinq ou six endroits, dont chacun avait, terme moyen, la largeur d'une pièce de dix sous, et où apparaissait une assez vive rougeur due à l'agglomération de petits vaisseaux injectés : partout, et même dans ces parties rouges, la membrane muqueuse avait l'épaisseur et la consistance qui constituent son état physiologique. L'intestin grêle fut trouvé blanc partout, excepté dans l'étendue d'un demi-pied au-dessus de la valve iléo-cœcale, où existait une forte injection. Le gros intestin fut trouvé sain. La rate était petite et ferme.

Cette observation présente un cas de péritonite aiguë exempte de toute complication, et accompagnée de symptômes bien tranchés. Ici, il n'y eut aucun prodrome, aucun de ces états intermédiaires entre la santé et la maladie. Le premier phénomène morbide qui apparaît est la douleur : d'abord partielle, elle devient bientôt générale et assez vive, accompagnée d'une angoisse assez considérable pour forcer l'individu à s'aliter sur-le-champ : cette douleur a d'ailleurs tous les caractères de celle qui appartient à l'inflammation du péritoine; la tension du ventre sans fluctuation appréciable, l'existence d'abondants vomissements sans autre

signe d'affection de la membrane muqueuse gastrique, l'altération même toute spéciale des traits de la face, confirment encore le diagnostic. Cependant, au milieu de cet état fort grave, le pouls, médiocrement fréquent, de force ordinaire, n'annonce rien de fâcheux ; on ne l'aurait pas trouvé autrement dans le cas du plus léger accès de fièvre ; il est loin d'avoir cette concentration, cette petitesse que l'on dit appartenir au pouls de la péritonite, et qu'effectivement l'on retrouve souvent dans cette phlegmasie : preuve, entre mille autres, que ce n'est jamais d'après un seul signe que peut être diagnostiquée une maladie quelconque. Je crois que, dans un cas semblable à celui-ci, toute la science des Bordeu et des Fouquet, relativement au pouls, eût été en défaut. Est-ce à dire que la considération des pulsations artérielles est sans importance ? non, sans doute ; mais ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que les renseignements qu'elles fournissent sont dans plus d'une occasion tout-à-fait inexacts : en fait, cette assertion est démontrée vraie ; en théorie, elle ne serait pas moins admissible puisque, dans la péritonite, comme dans toute maladie, le trouble de la circulation est purement un résultat de sympathies, et que celles-ci doivent infiniment varier sous le triple rapport de leur existence même, de leur nature et de leur énergie. Ce que d'ailleurs l'observation a appris, c'est que chaque organe enflammé modifie d'une manière spéciale les battements du cœur, soit dans leur force, soit dans leur fréquence, soit dans leur rhythme ; d'où il suit que chaque espèce de phlegmasie est plus souvent accompagnée de tel pouls que de tel autre. Ainsi, rien de moins semblable, dans la plupart des cas, que le pouls de la pneumonie comparé à celui de la gastro-entérite, ou le pouls de la pleurésie comparé au pouls de la péritonite ; mais il n'en est pas moins vrai que l'on arriverait à de singuliers mécomptes, si l'on n'était bien pénétré qu'à côté de ces règles générales existent d'assez nombreuses exceptions.

Lorsque le malade entra à la Charité, sa situation était des plus graves : sous l'influence d'un traitement anti-phlogistique énergique, un amendement notable eut lieu. Le sixième jour, l'inflammation n'était pas résolue, mais on pouvait espérer qu'elle guérirait ou passerait à l'état chronique, lorsque, consécutivement à une interruption brusque de la transpiration cutanée, devenue très-abondante depuis que l'amélioration avait eu lieu, la péritonite reprit un nouveau degré d'acuité et entraîna rapidement le malade au tombeau. L'ouverture du cadavre nous montra ce qu'on trouve ordinairement dans le cas de péritonite récente

et dont la marche a été très-aiguë, savoir, du pus et des concrétions membraniformes non encore organisées. Qui pourrait, d'ailleurs, assigner un terme précis à l'époque où commence cette organisation? Il y a des cas où, vingt heures seulement après le début d'une inflammation du péritoine, l'on a pu suivre et injecter des vaisseaux développés au sein de la concrétion fibrineuse, devenue un tissu vivant; il y a d'autres cas où, plusieurs mois après l'invasion de la péritonite, l'on n'a encore trouvé aucune trace d'organisation dans les couches membraniformes. Sans doute il y a des causes dans ces différences ; sans doute le degré de l'inflammation, la nature de la matière épanchée, plusieurs conditions locales ou générales qui nous échappent, exercent une grande influence sur la rapidité plus ou moins grande de l'organisation des pseudo-membranes; mais, tout certains que nous sommes que ces effets différents impliquent l'idée de causes différentes qui les produisent, nous n'en sommes point encore arrivés au point de déterminer ces causes. Et cependant, tant que cette détermination ne sera point faite, que saurons-nous? rien autre chose, si ce n'est que, sous l'influence d'une congestion sanguine variable en intensité, les produits les plus différents peuvent prendre naissance. Mais d'où vient cette différence? nous ne pouvons pas le dire, au moins dans le plus grand nombre des cas, et cependant il est clair que c'est là ce qu'il nous importerait le plus de pénétrer ; car la seule considération de la congestion sanguine nous conduit à un traitement unique, purement dirigé contre elle, et qui, comme elle, ne peut varier qu'en intensité. D'autres vues thérapeutiques naîtraient vraisemblablement de la connaissance des causes sous l'influence desquelles une même congestion sanguine existant, il y a spécialité dans les produits de cette congestion.

IIe OBSERVATION.

Un couvreur, âgé de dix-huit ans, peau brune, cheveux châtains, muscles peu développés, habitant Paris depuis deux ans, jouissait habituellement d'une bonne santé. Le 2 mars 1820, sans cause connue, il commença à sentir d'assez fortes douleurs abdominales qui persistèrent les jours suivants. Ces douleurs n'étaient pas continuelles, et n'occupaient pas toujours les mêmes points du ventre, tantôt en affectant la totalité, tantôt se manifestant seulement soit dans l'un ou l'autre hypocondre, soit dans les flancs, soit au-dessous et autour de la région ombilicale. Il garda la chambre, sans s'aliter, et sans faire d'ailleurs aucun traitement pendant les cinq jours suivants, du 2 au 7 mars; dans cet intervalle de temps, il vomit plusieurs fois. Entré le 8 mars à la Charité, il présenta, dans la matinée du 9 (septième jour de la maladie), l'état suivant :

Face colorée, assez calme ; forces musculaires bien conservées; ventre tendu, rénitent, sans fluctuation appréciable, offrant partout une vive sensibilité qu'exaspère le moindre mouvement ou le plus léger contact. En arrière, des deux côtés de la colonne vertébrale, au niveau des dernières côtes, la percussion est très-douloureuse. Le pouls est petit, très-fréquent, un peu irrégulier, la peau sèche et chaude ; il y a en même temps amertume de la bouche, enduit jaunâtre de la langue, constipation. Malgré le temps déjà assez long écoulé depuis l'invasion de la maladie, les symptômes de péritonite étaient encore assez aigus pour qu'on pût encore espérer quelque succès des émissions sanguines (*trente sangsues sur l'abdomen, deux demi-lavements de racine de guimauve, avec addition d'une demi-once d'huile d'amandes douces dans chaque fomentation émolliente sur l'abdomen, tisane de lin, potion huileuse*).

Le malade se trouva sensiblement soulagé après l'application des sangsues.

Dans la matinée du 10, huitième jour, le ventre était moins tendu et beaucoup moins douloureux. Le pouls, très-petit, battait cent quarante fois par minute. Les boissons avaient été plusieurs fois vomies. Deux selles avaient eu lieu. (*Huit sangsues à l'anus*).

Les trois jours suivants, les vomissements cessèrent ; les douleurs abdominales, excitées le 11 par une pression un peu fortement exercée, ne se faisaient plus sentir le 12 par cette même pression. Le pouls conservait sa fréquence, et une abondante diarrhée s'était établie. Chacun de ces deux premiers jours, huit sangsues furent appliquées à l'anus. Cependant la péritonite, que n'annonçait plus la douleur, était encore suffisamment caractérisée par la tension et la rénitence du ventre, qui d'ailleurs n'offrait pas de fluctuation appréciable. Le 13, deux bouillons furent accordés.

Le 14, douzième jour, le ventre, fortement ballonné, était redevenu douloureux. L'hypogastre fut couvert par vingt-quatre sangsues, et, le lendemain, cette recrudescence de douleur avait cessé, ainsi que le météorisme. Cependant la fréquence du pouls ne diminuait pas, et le dévoiement persistait ; la face était habituellement rouge et moite.

Le quatorzième jour, d'après les instances très-pressantes du malade, on lui donna une crême de riz. Une heure après la visite, il annonça qu'il quitterait l'hôpital si on ne lui accordait pas plus de nourriture. En effet, il se leva, s'habilla, et fit d'un pas assez ferme un court trajet dans la salle. Ramené dans son lit et devenu plus calme, il ne présenta rien d'insolite le reste de la journée. Le soir, il commença à vomir ; toute la nuit il jeta des cris aigus, et succomba dans la matinée du 17, quinzième jour à dater de la première apparition des douleurs. On ne put savoir s'il s'était procuré des aliments.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Des adhérences intimes unissaient le péritoine pariétal au péritoine splanchnique. Les intestins étaient comme soudés par d'épaisses couches blanches, membraniformes, n'offrant encore aucun rudiment d'organisation. Au-dessous d'elles, une très-vive injection colorait le tissu cellulaire interposé entre la membrane séreuse et la tunique charnue des intestins. Les pseudo-membranes qui réunissaient ces derniers circonscrivaient entre elles des espaces en forme de loges, qui contenaient un liquide d'aspect laiteux. Ce liquide existait en grande quantité dans l'excavation du petit bassin, dans les deux flancs, et entre la face supérieure du foie et le diaphragme.

Aucune fausse membrane ne recouvrait l'estomac, qui était médiocrement distendu par des gaz. Sa surface interne était pâle, sa muqueuse d'épaisseur et de consistance ordinaires; même état de l'intestin grêle. Plexus de Peyer apparents sous forme de

points noirs agglomérés. La muqueuse du gros intestin, également blanche, était parsemée d'un grand nombre de petits points noirs, isolés les uns des autres, et entourés d'une légère élévation de la muqueuse (*Follicules*).

Les poumons, sains, étaient remarquables par l'absence complète d'engouement. Aucune lésion appréciable dans les centres nerveux.

Chez ce malade, la péritonite eut, à son début, une autre physionomie, si l'on peut ainsi dire, que celle décrite dans l'observation première. Dans celle-ci, les douleurs parvinrent tout-à-coup à leur maximum d'intensité, et tout-à-coup elles furent accompagnées des plus graves symptômes. Dans l'observation actuelle, il y eut bien, en même temps que les premières douleurs, quelques vomissements; mais le malade ne s'alita pas; s'il eut sur-le-champ de la fièvre, elle fut légère; ses douleurs disparaissaient par intervalles, et, lorsqu'elles revenaient, ce n'était pas toujours dans les mêmes points: à ces caractères, elles auraient pu être très-facilement prises pour de simples douleurs dites rhumatismales ou nerveuses, qui, remarquables par leur intensité, ne sont d'ailleurs le plus souvent accompagnées d'aucun autre symptôme alarmant. Il faut bien savoir que tel est le début d'un certain nombre d'inflammations des membranes séreuses; ainsi, dans le cas d'arachnitis, la céphalalgie précède souvent de plusieurs jours tous les autres symptômes; ainsi, dans le tome second de cet ouvrage, nous avons cité des cas de pleurésie, dans lesquels les malades n'eurent également d'abord que des douleurs mobiles, intermittentes, en plusieurs points des parois thorachiques, sans que ces douleurs fussent d'abord accompagnées de toux, de dyspnée ou de fièvre; mais ensuite elles devenaient constantes, fixes, dans un point, et alors se manifestaient les symptômes ordinaires de la pleurésie. Lorsque nous vîmes le malade, la douleur péritonéale était excessive; immédiatement après une application de sangsues sur l'abdomen, elle diminua, et deux jours après, bien que les autres symptômes de péritonite persistassent, elle n'existait plus; l'apparition d'une diarrhée abondante coïncida avec la cessation de la douleur. Cependant la guérison était loin d'être obtenue; c'était là un de ces cas où il y a passage de l'état aigu à l'état chronique: ce passage s'effectuait seulement plus promptement que de coutume. Cet individu est un de ceux chez lesquels nous avons vu la douleur de la péritonite, après avoir été très-intense, disparaître le plus vite, et sans que cette disparition coïncidât avec un amendement notable des autres symptômes. Voyez ensuite

avec quelle facilité se réveilla cette douleur, qui n'était en quelque sorte qu'assoupie. Une première fois, elle fut encore relevée par une application de sangsues; une seconde fois, cette application ne fut point faite; le retour de la douleur et des vomissements succéda à une forte émotion morale, et à un exercice momentané pris par le malade. Cette nouvelle rechute l'entraîna au tombeau, et il serait sans doute assez difficile de dire quelle fut ici la cause de la mort, puisque, peu d'heures avant de succomber, il jouissait encore d'assez de forces, et que l'ouverture du cadavre ne montra de lésion dans aucun autre organe que dans le péritoine; les poumons en particulier ne furent même pas trouvés engoués. Ainsi, cet individu passa, sans agonie, de la vie à la mort, au milieu d'atroces douleurs, annoncées par les cris continuels qu'il poussa pendant les dernières heures de son existence. Il ne succomba pas par faiblesse, puisque, peu d'heures avant sa mort, il eut assez de force pour s'habiller seul, et marcher.

On peut bien se convaincre, dans ce cas, que les vomissements qui accompagnent si souvent la péritonite dans ses diverses périodes sont loin d'être toujours liés à une phlegmasie gastrique: en effet, le malade vomit jusqu'au moment de la mort, et cependant la membrane muqueuse de l'estomac fut trouvée parfaitement saine. Voyez aussi combien était peu prononcée l'altération des intestins (simple hypertrophie des follicules avec coloration noire en cercle autour d'eux), bien qu'une abondante diarrhée eût lieu depuis plusieurs jours. Enfin, l'on pourra trouver dans l'existence des loges nombreuses, au sein desquelles était comme emprisonné le liquide épanché, une cause de l'obscurité de la fluctuation, dans plus d'un cas de péritonite, où, comme dans le cas actuel, la collection purulente ou séreuse était encore assez considérable. Ici, d'ailleurs, nous ne trouvons encore dans les pseudo-membranes aucune trace d'organisation, et cependant c'est le dix-septième jour seulement que la mort a eu lieu.

IIIe OBSERVATION.

Un miroitier, âgé de 19 ans, mania du mercure pendant le cours de l'hiver de 1822, et coucha dans une chambre qui en contenait; ses membres ne tardèrent pas à être atteints d'assez forts tremblements, qui cessèrent spontanément dès que le malade changea de travail et d'occupation. Cependant il conservait un état de faiblesse générale; il n'avait pas d'appétit. Le 29 juin, sans cause connue, il fut pris de vives douleurs abdominales et de vomissements. Le 1er juillet, il nous offrit l'état suivant:

La face, pâle et grippée, exprimait l'anxiété la plus vive : le malade ne souffrait pas lorsqu'on ne touchait pas l'abdomen, mais la pression la plus légère éveillait d'atroces douleurs. L'abdomen était tendu, ballonné dans le trajet du colon, sans fluctuation appréciable. La langue était rouge et un peu sèche, la soif vive ; une assez grande quantité de bile verte avait été vomie à plusieurs reprises dans les dernières vingt-quatre heures ; il n'y avait pas eu de selles depuis deux jours. Le pouls était fréquent et petit, la peau sèche et chaude (*saignée de seize onces sur-le-champ, trente sangsues sur l'abdomen à quatre heures du soir, deux onces d'huile de ricin à prendre par cuillerée, solution de sirop de gomme acidulée avec le suc de citron, quatre demi-lavements émollients, un bain de siége, fomentations émollientes sur l'abdomen*).

Le sang tiré de la veine se rassembla en un large caillot recouvert d'une couenne mince; le malade vomit encore de la bile verte dans la journée, et eut cinq à six selles.

Le 2, quatrième jour, l'expression de la face était beaucoup plus naturelle. La langue avait perdu sa rougeur; le pouls, faible, n'était que médiocrement fréquent, et la chaleur de la peau modérée ; une transpiration assez abondante avait eu lieu pendant la nuit, mais la douleur et la tension de l'abdomen n'avaient pas diminué. Ainsi les symptômes généraux s'étaient amendés, bien que les simptômes locaux persistassent dans toute leur intensité (*soixante sangsues sur l'abdomen*).

Jusqu'au lendemain, le malade eut des nausées, mais ne vomit pas; il eut seulement une selle à la suite de chacun des deux demi-lavements qui lui furent donnés. A la suite de l'application des sangsues, il tomba dans un état de faiblesse extrême; le pouls, à peine sensible, acquit une grande fréquence ; les extrémités devinrent glacées, et, le lendemain matin, l'altération profonde des traits de la face, l'affaissement considérable dans lequel était plongé le malade, semblaient annoncer sa fin prochaine (*une once d'huile de ricin, boissons et fomentations idem, sinapismes aux jambes*).

Dans la journée, les forces se relevèrent, et dans la matinée du 4 juillet, sixième jour, il y avait une amélioration notable : traits de la face relevés; abdomen moins douloureux; pouls moins fréquent et moins faible, retour de la chaleur aux extrémités; six selles par l'huile (*boissons, fomentations, lavements émollients*). Une sueur abondante survint pendant la nuit; pour la première fois le malade goûta un peu de sommeil.

Septième jour, l'amélioration continue; face calme; pression assez forte sur l'abdomen sans augmentation de la douleur.

Du huitième au quatorzième jour, les symptômes de péritonite aiguë semblèrent s'amender de plus en plus : abdomen chaque jour moins tendu et moins douloureux ; fluctuation obscure ; pouls médiocrement fréquent, et chaleur de la peau peu élevée ; cessation des nausées et des vomissements ; désir des aliments ; diarrhée. (Cinq à six selles en vingt-quatre heures). A dater du deuxième jour seulement, une légère nourriture fut accordée : *une crême de riz et deux bouillons*. Du quatorzième au vingt-quatrième jour, l'abdomen diminua de volume, et devint à peu près indolent; continuation de la diarrhée ; toujours un peu de fréquence dans le pouls. Pendant tout ce temps, le malade ne prit que des crêmes de riz, des bouillons, des laits de poule. — Le vingt-cinquième jour, une panade ayant été accordée fut vomie, et les douleurs abdominales se renouvelèrent ; elles disparurent sous l'influence d'une diète sévère prolongée pendant quelques jours.

Pendant les douze premiers jours du mois d'août, l'abdomen devint de plus en plus souple : pressé, soit d'avant en arrière, soit latéralement, il n'était plus douloureux ; le pouls n'avait qu'une très-légère fréquence, et la chaleur de la peau était naturelle ; la diarrhée se modérait ; le malade ne prenait pour toute nourriture, en vingt-quatre heures, qu'une crême de riz, deux bouillons et un ou deux laits de poule. — Cet individu était parvenu au quarante-cinquième jour de sa péritonite, et tout semblait

annoncer une terminaison heureuse, lorsqu'il eut l'imprudence d'interrompre le régime sévère auquel il était soumis, en mangeant une cuisse de poulet : dès-lors, vomissements, réapparition d'une diarrhée abondante et d'une fièvre intense. — Dans la nuit du quarante-cinquième au quarante-sixième jour, douleur vive dans le côté gauche du thorax. Dans la matinée du quarante-sixième, elle persiste, et en même temps la respiration est courte, accélérée ; le malade tousse sans cracher et se plaint d'étouffer. Cependant l'abdomen n'est ni plus tendu, ni plus douloureux ; le malade, dont les forces s'étaient insensiblement relevées depuis quinze jours, est retombé dans le dernier degré de l'affaiblissement. La percussion de la poitrine fit reconnaître une sonoréité moindre à gauche en arrière, dans l'étendue à peu près du lobe inférieur du poumon de ce côté : dans cette même étendue, l'on entendait un mélange de râle muqueux et crépitant (*saignée de douze onces*).

Les deux jours suivants, les symptômes du côté de la poitrine s'amendèrent ; le malade ne se plaignit plus d'oppression : cependant sa respiration était notablement plus courte qu'avant la dernière rechute ; et d'ailleurs, la percussion et l'auscultation continuaient à annoncer un engorgement inflammatoire d'une partie du poumon gauche. Cette pneumonie resta latente pendant les quinze jours suivants (fin du mois d'août). D'ailleurs les forces ne se relevaient que bien peu ; le pouls conservait de la fréquence; il était bien évident que cet individu était sous l'influence d'une phlegmasie chronique à symptômes locaux peu tranchés. Au commencement de septembre, il fit de nouvelles imprudences sous le rapport du régime, il se donna une violente indigestion en mangeant une grande quantité de mauvais raisins. En soixante-huit heures, sa face prit un aspect cadavérique, ses extrémités se refroidirent, son pouls cessa de battre, et il s'éteignit sans agonie, en conservant toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les circonvolutions intestinales étaient réunies par de fausses membranes, dont plusieurs avaient déjà l'aspect celluleux ; on voyait de nombreux vaisseaux s'y ramifier ; d'autres plus molles, et paraissant être de formation plus récente, recouvraient la face convexe du foie ; un pus épais remplissait les flancs et l'excavation du bassin. La surface interne de l'estomac, du duodénum, du jéjunum et de l'iléum, jusqu'à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus de la valvule iléo-cœcale, était pâle et sans altération appréciable. Dans cette dernière étendue, existaient quatre larges ulcérations, à fond blanc formé par un tissu lamineux, et à bords un peu brunâtres, au même niveau que le fond. Entre elles, la muqueuse était blanche. Une autre ulcération, de même aspect, du diamètre d'une pièce de trente sous, existait immédiatement au-dessous de la valvule iléo-cœcale. Dans le reste du gros intestin, la membrane muqueuse était pâle, de consistance et d'épaisseur ordinaires.

La rate était peu volumineuse et dense. Le lobe inférieur du poumon gauche, imperméable à l'air, présentait un mélange d'induration rouge et grise. Rien de notable dans les autres organes.

La maladie qui fait le sujet de cette observation nous présente quatre périodes à considérer : 1° celle pendant laquelle la péritonite débuta et marcha d'une manière aiguë ; 2° la période du passage de cette phlegmasie à un état chronique ; 3° une autre période, pendant laquelle dispa-

raissent, en apparence, tous les symptômes de la péritonite; 4° enfin, une dernière époque, comprise entre le moment de l'invasion de la pneumonie et celui de la mort.

Dans la première période, nous avons à remarquer l'invasion brusque de la douleur abdominale, qui acquit tout-à-coup sa plus grande intensité; les vomissements, qui coïncidaient ici avec une langue rouge et sèche, ce qui n'existait pas dans les deux observations précédentes; l'amendement graduel des symptômes sous l'influence d'abondantes émissions sanguines; l'état de faiblesse, grave en apparence, dans lequel tomba le malade à la suite de la seconde de ces émissions, mais qui se dissipa promptement, et fut suivi d'une amélioration notable dans les symptômes, tant locaux que généraux, de la péritonite.

Dans la seconde période, on voit les vomissements cesser, la douleur disparaître, mais l'abdomen conserver un degré de tension qui annonce que la phlegmasie péritonéale existe encore. Un fait qui nous semble important, c'est la facilité avec laquelle, par suite d'un très-léger accroissement dans l'alimentation habituelle du malade, la péritonite repassait momentanément à l'état aigu.

Plus tard, la tension de l'abdomen disparut elle-même; tout semblait annoncer qu'il y avait résolution de la péritonite; cependant l'ouverture du cadavre, fait longtemps après cette époque, démontra encore de graves altérations dans le péritoine, savoir, du pus épanché encore en divers points de la cavité de cette membrane. Quant aux adhérences celluleuses, elles étaient l'indice de la guérison de la phlegmasie: nous en avons trouvé de semblables chez des individus, qui, plusieurs années auparavant, avaient eu tous les symptômes d'une péritonite aiguë dont ils avaient guéri, et, à l'époque où nous les vîmes, ils n'accusaient plus aucune douleur dans l'abdomen. Si d'ailleurs ces adhérences étaient très-multipliées, si elles unissaient intimement entre elles toutes les anses intestinales, on conçoit qu'il pourrait en résulter, d'une part, modification dans la forme du ventre, tension habituelle de la cavité abdominale, et, d'autre part, trouble plus ou moins grand des fonctions digestives. Quoi qu'il en soit, de l'observation actuelle nous tirerons la conséquence que, lorsque dans une phlegmasie aiguë ou chronique du péritoine tous les symptômes locaux ont disparu, l'altération du péritoine n'a pas pour cela, dans tous les cas, cessé complètement d'exister; cela est d'ailleurs applicable aux phlegmasies de tous les organes; il en est peu dans lesquels l'anatomie pathologique n'ait démontré qu'un reste

de lésion peut survivre aux symptômes locaux qui l'annonçaient. Qu'arrive-t-il alors? Le plus souvent, en l'absence de ces symptômes, l'organe souffrant continue à influencer vicieusement soit la circulation, d'où persistance d'un état fébrile plus ou moins prononcé, soit la nutrition, d'où absence du retour des forces et de l'embonpoint. Cependant, comme tout symptôme aigu a disparu, on croit l'individu en convalescence; mais il en est encore loin; et alors le moindre écart dans le régime, la moindre imprudence, occasionne une rechute qui n'est que le réveil d'une phlegmasie qui était amortie, mais non éteinte.

Chez notre malade, cet écart de régime eut lieu; mais, chose remarquable, ce ne fut point l'organe primitivement souffrant qui en ressentit une fâcheuse influence; ainsi les symptômes de péritonite ne reparurent pas. Ce ne fut point même la membrane muqueuse intestinale qui fut affectée; mais on vit apparaître tous les signes d'une pneumonie aiguë, qui elle-même passa bientôt à l'état chronique, et qu'on aurait crue guérie, aussi bien que la péritonite, sans le secours de l'auscultation et de la percussion.

Dans cet état de choses, où plusieurs organes se trouvaient à la fois chroniquement affectés, le moindre ébranlement insolite porté dans l'économie, le moindre choc imprimé à cette machine déjà dérangée en plusieurs points, suffit pour la détruire, en arrêtant vraisemblablement le jeu du système nerveux depuis longtemps éloigné de son état normal. Comment expliquer autrement la manière dont succomba cet individu à la suite d'un nouvel écart de régime, et sans que d'ailleurs on ait vu en aucune façon s'exaspérer les symptômes de la triple affection du poumon, de l'intestin et du péritoine?

Nous ne terminerons par ces réflexions sans faire remarquer les ulcérations qui existaient vers la fin de l'intestin grêle, et qui étaient liées à une ancienne diarrhée qui n'avait cessé que par intervalles, depuis que, au début de la péritonite, de l'huile de ricin avait été administrée. Comparez maintenant l'état de l'intestin chez ce malade et chez le précédent, qui avait eu aussi de la diarrhée : le mode d'altération est bien différent.

IVe OBSERVATION.

Péritonite par violence extérieure.

Un ouvrier sur les ports, d'un âge moyen et d'une forte constitution, reçoit un coup de pied de cheval sur l'abdomen, aux environs de l'ombilic; aucune solution de conti-

nuité n'a lieu ; une vaste ecchymose se forme sur le point frappé et autour de lui ; le malade a sur-le-champ plusieurs vomissements, et, trois heures environ après l'accident, il éprouve des douleurs abdominales très-vives. Entré le surlendemain à la Charité, il offre tous les symptômes d'une phlegmasie aiguë du péritoine : abdomen tendu, ballonné dans le trajet du colon, tellement douloureux que le poids des couvertures ne peut être supporté ; vomissements très-fréquents de bile porracée ; constipation ; face pâle et grippée ; pouls très-fréquent, misérable ; peau sans chaleur. Ce malade semblait tellement prostré, que M. Lerminier ne crut pas convenable de pratiquer une saignée générale ; il prescrivit *trente sangsues sur l'abdomen*, *deux vésicatoires aux jambes*, *lavements et fomentations émollientes*. Dans les vingt-quatre heures suivantes, aucun amendement n'eut lieu, et le malade succomba du cinquième au sixième jour.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Épanchement d'un sang noirâtre, à moitié coagulé, entre les fibres des muscles des parois abdominales. Le péritoine, qui recouvre ces parois, est soulevé par ce même sang et coloré par lui à sa surface externe : la cavité du péritoine est remplie par un liquide semblable à du petit-lait non clarifié, au milieu duquel nagent des flocons blanchâtres, dont plusieurs sont étendus en couches sur un assez grand nombre d'anses intestinales, sur les colons ascendant et descendant, sur l'estomac et le foie. En cinq ou six endroits de ces concrétions membraniformes, on observe des points rouges très-distincts, et ailleurs quelques lignes rougeâtres. Au-dessous des pseudo-membranes, le péritoine présente une assez vive injection, qui paraît surtout résider dans le tissu cellulaire situé au-dessous de lui. La surface interne du tube digestif ne présente aucune altération appréciable, non plus que les autres organes. Les reins sont seulement remarquables par leur extrême pâleur, la vessie est vide d'urine.

Cette observation est remarquable par la cause sous l'influence de laquelle se développa la péritonite, par la rapide succession des symptômes, et par la terminaison si promptement mortelle de la maladie. Ici, aucune complication n'eut lieu ; les accidents et la mort furent uniquement le résultat de l'inflammation du péritoine, ou, pour parler plus exactement, du trouble sympathique que cette inflammation détermina dans le système nerveux : de là, le subit anéantissement des forces, la soustraction du sang des capillaires de la peau, la suspension de la calorification, la faiblesse des battements du cœur, qui, en même temps qu'ils diminuent de force, deviennent de plus en plus fréquents. Ainsi donc, ce n'est pas uniquement de la rapidité de la circulation que dépend la production de la chaleur cutanée. C'est, d'ailleurs, seulement dans un certain ordre de leurs fonctions, que sont modifiés les centres nerveux ; car, jusqu'au dernier moment, on n'observe aucun trouble des facultés intellectuelles et sensoriales ; jusqu'au dernier moment non

plus, les poumons ne présentent aucun trouble dans l'accomplissement de leurs fonctions ; de sorte que, sans avoir été d'abord altérée, sans aucun intermédiaire entre l'état sain et morbide, la respiration s'éteint tout-à-coup avec les battements du cœur, et la vie disparaît ainsi, sans que l'on trouve aucune altération appréciable dans les organes, dont l'apparente intégrité semblerait devoir être une garantie de son entretien.

Nous avons fait remarquer, dans l'une des observations précédentes, l'absence complète d'organisation dans des pseudo-membranes trouvées dans un cas de péritonite qui cependant déjà était assez ancienne. Ici, au contraire, où l'invasion de la phlegmasie était d'une date beaucoup plus récente, les points et les lignes rouges trouvés au sein de plusieurs concrétions membraniformes attestaient un travail d'organisation qui commençait à s'effectuer : ce fait me semble, d'ailleurs, irréfragablement démontrer que la partie rouge du sang peut se former au milieu même des fausses membranes, et ne leur est point nécessairement apportée par des vaisseaux de la séreuse qui s'allongeraient dans la pseudo-membrane.

Ve OBSERVATION.

Péritonite dont l'invasion coïncide avec la disparition d'un rhumatisme articulaire. Épanchement rouge dans le péritoine. Vice de conformation de la vessie.

Un homme de 57 ans, atteint d'une ancienne incontinence d'urine, et ayant depuis trois mois du dévoiement par intervalles, avait un rhumatisme articulaire aigu avec fièvre, lorsqu'il entra à la Charité au commencement du mois de novembre 1821. Nous vîmes tour à tour, jusqu'au 16 novembre, diverses articulations devenir gonflées et douloureuses. Plusieurs saignées furent pratiquées. Le 17, les deux poignets et l'épaule gauche étaient le siége du rhumatisme ; le mouvement fébrile persistait ; jusque-là, d'ailleurs, rien n'avait annoncé l'affection d'autres organes. Dans la journée, les articulations que je viens d'indiquer cessèrent tout-à-coup d'être douloureuses et tuméfiées ; aucune autre ne devint malade ; mais, pour la première fois, de vives douleurs se firent sentir dans l'abdomen : elles augmentèrent toute la nuit, et, le lendemain matin 18, elles étaient tellement intenses qu'elles arrachaient des cris au malade ; la pression ne les exaspérait pas, mais elle ne les diminuait pas non plus. La face, décolorée, exprimait l'anxiété la plus vive ; le malade se plaignait d'avoir froid, et en effet la température de la peau était très-peu élevée ; le pouls, très-fréquent, conservait de la dureté. Ce nouvel ensemble de symptômes ressemblait à ce que les anciens médecins désignaient sous le nom de *métastase rhumatismale*. La principale indication à remplir paraissait être de rappeler l'irritation à son siége primitif. Dans ce but, des cataplasmes sinapisés furent appliqués tour-à-tour sur diverses articulations, en même temps que des sangsues furent placées en grand nombre sur l'abdomen ; puis le malade fut mis dans un bain chaud ; des frictions stimulantes furent faites sur les membres, et, dans la soirée, deux vésicatoires furent appliqués aux cuisses. Mais ces divers moyens de-

vaient être inutiles, et, le lendemain matin 19, l'état du malade avait singulièrement empiré : la douleur abdominale était portée dans tous les points du ventre au dernier degré d'intensité ; elle augmentait par la pression, par le toucher le plus léger, ce qui n'avait pas lieu la veille ; de plus, l'abdomen avait acquis un remarquable développement, et l'on y sentait une fluctuation évidente. Quelques nausées avaient eu lieu sans vomissement. Le pouls, toujours très-fréquent, avait perdu sa dureté, et il présentait quelques intermittences. Le malade succomba dans la nuit du 19 au 20, avant la fin du troisième jour depuis l'invasion des douleurs abdominales.

OUVERTURE DU CADAVRE.

A peine eut-on incisé les parois abdominales, qu'on vit s'échapper à travers l'ouverture un flot de liquide d'un rouge intense, au milieu duquel nageaient quelques flocons blanchâtres. Tout le paquet des intestins était coloré en rouge, et à la surface de plusieurs anses étaient déposées des concrétions membraniformes également colorées. Le liquide qui remplissait le péritoine ressemblait entièrement au sang qu'on vient de tirer d'une veine ; d'ailleurs on n'observait rien qui ressemblât à des caillots, et l'on ne trouva aucun gros vaisseau ouvert. A l'intérieur du tube digestif, on ne rencontra d'autre lésion qu'un développement très-marqué des follicules de la fin de l'intestin grêle, du cœcum et du commencement du colon ; ces follicules étaient limités par un cercle noir, et leur centre existait en un autre point noir. De plus, dans l'épaisseur des parois du colon ascendant, existait un kyste séreux ayant le volume d'une noisette, développé entre la tunique charnue et la membrane muqueuse qu'il soulevait.

Le sommet de la vessie était surmonté par une vaste poche ovoïde qui, se prolongeant derrière le paquet des intestins grêles, adhérait par son extrémité supérieure avec la troisième portion du duodénum : on détruisait facilement cette adhérence, qui était due à de fausses membranes molles, paraissant être de formation récente. A l'intérieur, cette poche avait un aspect analogue à celui de la vessie, et, dans ses parois, l'on pouvait suivre les diverses tuniques que l'on retrouve ordinairement dans la vessie ; seulement, les fibres de la tunique musculaire étaient peu développées et entremêlées de beaucoup de tissu cellulaire. Cette sorte de vessie surnuméraire communiquait avec la vessie normale par une ouverture que rétrécissait un épais bourrelet, que contribuait à former la muqueuse, et surtout le tissu cellulaire très-condensé. On eût dit, au premier aspect, de la valvule pylorique. A la partie droite du pourtour de cette ouverture, existait une autre petite poche, qui aurait pu contenir une noix, et qui communiquait également avec la vessie normale ; elle était séparée de la grande poche par une cloison qui faisait saillie dans sa cavité. On pouvait suivre aussi dans ses parois les diverses tuniques de la vessie.

J'ai cité, dans les précédents volumes, des cas de pneumonies, de pleurésies, de péricardites, dont l'invasion coïncida avec la disparition d'affections rhumatismales aiguës. L'observation qu'on vient de lire peut être rapprochée de ces cas ; c'est ici une péritonite qui remplaça un rhumatisme. Il importe peu d'appeler ce déplacement de maladie métastase ou autrement, pourvu que l'on n'oublie pas le fait, pourvu que l'on

retienne que la brusque disparition d'un rhumatisme est souvent liée au développement d'une phlegmasie interne, qui, en vertu de dispositions individuelles, frappe tel ou tel organe, mais surtout les membranes séreuses. Le premier jour où se manifestèrent chez notre malade les douleurs abdominales, elles ressemblaient à ce qu'on appelle vulgairement un rhumatisme fixé sur les entrailles : ces douleurs avaient cela de remarquable, que la pression ne les augmentait pas; et, dans cet état de choses, il n'était point certain qu'il y eût péritonite, et le pronostic n'était pas encore décidément grave. Il est, en effet, bien certain que, dans beaucoup de cas où, comme ici, des douleurs vives, atroces, se font tout à coup sentir dans l'abdomen chez des individus actuellement ou anciennement atteints de rhumatisme, ces douleurs se dissipent plus ou moins promptement, sans laisser après elles aucune trace d'affection grave, et alors il est au moins douteux qu'elles soient le résultat d'une inflammation du péritoine. Mais chez le malade qui fait le sujet de l'observation actuelle, il n'en fut point ainsi, et, dès le deuxième jour de l'apparition de ces douleurs, l'existence d'une péritonite ne pouvait plus être révoquée en doute : on sentait de la fluctuation dans l'abdomen, et l'évidence de cette fluctuation était elle-même une circonstance remarquable; car le plus souvent, pendant les premiers jours de l'existence d'une péritonite, l'épanchement abdominal peut être plutôt reconnu par la tension, la résistance des parois, la modification de forme du ventre, que par une grande augmentation de son volume et par l'existence de la fluctuation. Ici, il en fut autrement, et la nature du liquide trouvé dans le péritoine en rendit suffisamment raison. Ce liquide était du sang, ou du moins de la sérosité unie à la matière colorante du sang, qui, en un très-court espace de temps, avait été exhalée en énorme quantité à la surface interne de la membrane séreuse; il y avait de plus des flocons, des fausses membranes, qui attestaient que cette sorte d'hémorragie se trouvait liée à un état inflammatoire du péritoine. C'est là, d'ailleurs, un de ces cas de péritonites les plus aiguës, sans existence de perforation intestinale, que nous ayons eu occasion d'observer. Trois jours s'écoulèrent à peine entre l'invasion des premières douleurs abdominales et l'époque de la mort; et cependant, ici encore, comme dans l'observation IV, on ne trouve altéré d'une manière appréciable pour nous, aucun des organes importants à la vie (cœur, poumon, centre nerveux).

VIe OBSERVATION.

Péritonite aiguë à la suite d'un accouchement. Duodénite avec ictère.

Une femme de 29 ans accouche facilement et promptement d'un enfant à terme : immédiatement après l'accouchement, il survient une perte abondante, qui est combattue par des applications de glace sur l'hypogastre, et par du suc de citron porté sur le col utérin. Les lochies coulent comme de coutume. Le quatrième jour, sans cause connue, toute espèce d'écoulement se supprime, et l'abdomen devient le siége de vives douleurs. Le lendemain, cinquième jour, cette femme entre à la Charité. L'abdomen est fortement ballonné, très-douloureux à la pression ; la respiration est accélérée, sans toux ni expectoration, le pouls fréquent et petit, la peau chaude et sèche, la langue naturelle. Aucune selle n'a eu lieu depuis deux jours ; il y a absence de nausées et de vomissements. La face est pâle, altérée ; la malade paraît profondément abattue. D'ailleurs, on ne sent aucune tumeur au-dessus du pubis, et le col utérin peut être touché sans douleur. (*Vingt sangsues sur le ventre, une once d'huile de ricin dans du bouillon aux herbes, fomentations et lavements émollients*). Toutes les fois que la malade essaya de prendre de l'huile de ricin, elle la vomit. Dans la journée, elle s'affaissa de plus en plus ; une teinte jaunâtre se répandit sur sa figure, et dans la matinée du sixième jour elle avait un ictère très-prononcé. D'ailleurs l'abdomen était toujours ballonné et douloureux, et il n'y avait d'autre changement dans son état qu'une prostration qui d'heure en heure en quelque sorte, devenait de plus en plus grande. Elle succomba dans la soirée, six jours après son accouchement et trois jours seulement non encore accomplis depuis l'invasion des douleurs abdominales. Peu d'heures avant la mort, la tuméfaction du ventre était très-considérable, et, dans toute l'étendue de sa paroi antérieure, il résonnait comme un tambour.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'abdomen était ballonné comme pendant la vie. En incisant les parois on piqua une anse intestinale, et une grande quantité de gaz s'échappa avec bruit du tube digestif. Entre les intestins étaient amassées des masses blanchâtres albumineuses qui les unissaient, et ne présentaient d'ailleurs encore aucune trace d'organisation. Un pus blanc et épais remplissait l'excavation du petit bassin ; une vive injection colorait en beaucoup de points le tissu cellulaire sous-péritonéal ; la surface interne de l'estomac était pâle, mais une forte rougeur existait dans tout le duodénum ; de petits vaisseaux rampaient en grand nombre dans le tissu cellulaire sous-muqueux de la totalité de l'intestin grêle et du cœcum : le reste du gros intestin était blanc et rempli de matières fécales dures. Le foie ne nous offrit, soit dans ses canaux, soit dans son parenchyme, aucune altération appréciable. L'utérus, revenu sur lui-même, ne dépassant que le pubis, offrait une assez grande cavité, dont la surface interne était rougeâtre. Rien de remarquable dans les organes du thorax et du crâne.

Cette péritonite eut encore une plus courte durée que celle qui fait le sujet de la cinquième observation. Elle survint chez une femme récem-

ment accouchée, qui n'avait éprouvé d'autre accident qu'une métrorragie. D'ailleurs, aucune cause extérieure appréciable ne lui donna naissance. Un symptôme local qui doit ici fixer notre attention, c'est la tympanite considérable qui se manifesta en même temps que se déclarèrent les douleurs abdominales. On aurait pu croire que cette tympanite constituait même la seule maladie, et méconnaître facilement la phlegmasie du péritoine. La distension qu'éprouvait la tunique séreuse des intestins devait puissamment contribuer à exaspérer les douleurs causées par cette phlegmasie. Ce développement considérable de gaz intestinaux était d'ailleurs lié à une assez vive injection sous-muqueuse de l'intestin grêle et du commencement du gros intestin. On pouvait s'attendre à trouver l'estomac plus ou moins affecté, en raison de l'extrême susceptibilité qu'il manifesta lorsqu'on essaya de donner de l'huile de ricin à la malade, dans le but de faire cesser une constipation qui était une cause d'augmentation de tympanite. Cependant l'estomac était sain en apparence, mais il y avait dans le duodénum une inflammation qui est ici d'autant plus remarquable, qu'elle coïncide avec l'existence d'un ictère, sans qu'il y ait d'ailleurs aucune lésion appréciable dans le foie. Les premières traces de cet ictère apparurent à la suite des vomissements que provoqua l'huile de ricin ; exemple frappant de disposition individuelle, puisque rien de semblable n'eut lieu chez les sujets des observations précédentes, à la plupart desquels l'huile de ricin fut également donnée. Ici, ce médicament fut-il vomi parce qu'il y avait déjà duodénite antécédente qui, exaspérée par lui, se propagea aux canaux biliaires et produisit l'ictère, ou bien fut-il la cause première de l'inflammation du duodénum ? A propos de ce fait, remarquons l'impossibilité d'établir des règles fixes, invariables, sur l'opportunité de l'administration des médicaments, et sur leurs effets. Cette duodénite ne contribua pas peu peut-être à produire la prostration extrême dans laquelle tomba tout-à-coup la malade, et au milieu de laquelle elle succomba.

VIIe OBSERVATION.

Péritonite consécutive à une métrite aiguë chez une femme récemment accouchée.

Une femme, âgée de 31 ans, accoucha naturellement ; mais avec beaucoup de difficulté et de douleurs, d'un premier enfant, dans les premiers jours du mois de décembre 1820. Vers le commencement du quatrième jour après ses couches, elle fut prise, sans cause connue, d'une fièvre violente et d'une douleur peu vive de l'hypogastre. Entrée le soir

même à la Charité, elle était faible et abattue ; on sentait, élevée de trois bons travers de doigt au-dessus du pubis, une tumeur globuleuse, douloureuse à la pression, qui ressemblait, par sa forme et par sa position, au corps de l'utérus développé. La douleur hypogastrique était moins vive que celle que la malade disait sentir dans les deux aînes. Le reste de l'abdomen était souple et indolent. Aucun écoulement n'avait eu lieu par le vagin ; le col de l'utérus parut tuméfié et douloureux au toucher. Le pouls était fréquent et dur, la peau chaude et sèche, la langue naturelle, les selles rares, la respiration libre. M. Lerminier annonça l'existence d'une métrite aiguë, et prescrivit *l'application de trente sangsues sur l'hypogastre, des fomentations émollientes, des demi-bains de même nature.*

Le lendemain, troisième jour de l'invasion présumée de la métrite, les symptômes étaient les mêmes : du troisième au septième, saignée générale, deux nouvelles applications de sangsues (quinze chaque fois); diminution graduelle de la fièvre, cessation des douleurs inguinales hypogastriques, mais persistance de la tumeur ; et, malgré l'amélioration de plusieurs symptômes, dépérissement rapide, pâleur extrême de la face, remarquable altération des traits.

Du huitième au neuvième jour, de nouveaux symptômes se manifestent : la malade est prise de vomissements continuels ; elle rejette beaucoup de bile verte et toutes les tisanes qu'elle boit : la langue n'a pas d'ailleurs changé d'aspect ; elle n'est qu'un peu blanchâtre. Tout l'abdomen est devenu le siége d'une très-vive douleur que le moindre contact exaspère ; il n'est pas tendu. Les évacuations alvines et urinaires sont supprimées : le pouls est très-fréquent et misérable, la peau sans chaleur et d'une humidité désagréable au toucher, la face prend rapidement un aspect cadavérique ; la mort survient quarante heures après l'invasion de ces nouveaux symptômes. Le cas parut tellement désespéré que M. Lerminier ne voulut pas tourmenter la malade par une médication active ; il fit seulement appliquer aux cuisses deux vésicatoires qui ne prirent pas.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Une sérosité trouble, lactescente, était épanchée en médiocre quantité dans le péritoine ; cette membrane était recouverte çà et là de plaques blanchâtres membraniformes, sans trace d'organisation ; elle offrait généralement une vive injection, qui me parut résider dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. En plusieurs points, celui-ci était partiellement rempli par une sérosité rougeâtre, semblable à celle qui existe dans les phlegmons commençants ; le péritoine, soulevé par elle, ne ressemblait qu'à une très-mince pellicule, qu'on eût prise pour une portion d'épiderme soulevée en ampoule par la sérosité d'un vésicatoire. Des flocons plus nombreux, et un liquide plus épais que dans le reste de la cavité péritonéale, étaient amassés dans l'excavation du bassin. Au-dessus du pubis, faisait encore saillie la tumeur qui avait été reconnue pendant la vie, et qui était effectivement l'utérus développé. Le tissu de cet organe avait acquis une grande friabilité ; il se déchirait très-facilement, et de divers points de ses parois incisées s'écoulait en nappe un pus crêmeux abondant ; les parois de l'utérus, dans toute leur étendue, et surtout vers le fond de l'organe, étaient infiltrées de ce pus, qui, en cinq ou six endroits, était amassé en foyers. La cavité utérine était très-ample, et sa surface rouge ; elle contenait une petite quantité de liquide sanguinolent ; je ne trouve pas, dans mes notes, quel était l'état du col, non plus que celui des ovaires. La membrane muqueuse gastro-intestinale, et en particulier celle de l'estomac, était partout blanche et de consistance ordinaire.

Deux lésions remarquables existaient dans les organes thoraciques : 1° un état

tuberculeux des ganglions bronchiques, qui étaient très-volumineux ; 2o au sommet du poumon gauche, une petite cavité à parois cellulo-fibreuses pouvant admettre une cerise, et communiquant, par des espèces de fistules anfractueuses, avec deux autres cavités plus petites encore, contenant toutes une médiocre quantité de liquide rougeâtre; le tissu pulmonaire qui les entourait était noir et dur ; vu extérieurement, il était froncé, comme affaissé, et séparé de la première côte par une sorte de culotte épaisse de plusieurs lignes, demi-cartilagineuse, évidemment formée par d'anciennes fausses membranes de la plèvre.

Ce cas est remarquable sous plus d'un rapport. Il offre d'abord un exemple tranché de métrite aiguë, survenant, sans cause connue, quatre jours après un premier accouchement, chez une femme déjà un peu âgée. A la suite d'un traitement antiphlogistique énergique, les symptômes s'amendent, et l'on aurait pu croire que l'inflammation de l'utérus marchait vers sa résolution, si le volume de la tumeur formée par cet organe n'était pas resté le même. D'un autre côté, le rapide dépérissement de la malade annonçait la persistance d'une lésion grave: elle n'était effectivement que trop réelle. Chose remarquable, et bien digne de toute l'attention du praticien! en même temps que le mouvement fébrile devenait à peu près nul, et que les douleurs de l'hypogastre et des aines disparaissent, l'utérus se désorganisait, son tissu se remplissait de pus, et vers le dixième jour de l'invasion de la métrite, ce pus y formait déjà plusieurs abcès. Il n'est pas d'ailleurs très-rare de voir, dans différents organes, la formation du pus coïncider avec une rémission marquée des symptômes les plus graves: c'est, par exemple, ce qui plus d'une fois a été observé dans le cerveau. Ce qui donne un intérêt de plus au cas actuel, c'est la rapidité avec laquelle s'établit la suppuration: chronique par plusieurs de ses symptômes, la maladie fut aiguë par sa marche.

La péritonite peut être considérée comme ayant eu son point de départ dans la portion de membrane séreuse voisine de l'utérus. Les abondantes émissions sanguines qui avaient été faites, l'état de débilité dans lequel était plongée la malade, l'espèce de marasme aigu qui l'avait frappée, n'empêchèrent point le développement de ce nouveau travail inflammatoire, qui, du tissu de l'utérus, parut se propager, par contiguité de tissu, à sa membrane enveloppante, et de là au reste du péritoine. D'ailleurs généralisant ce cas particulier, on peut dire que par cela seul qu'un organe est enflammé, c'est une raison pour que d'autres le deviennent ; aussi, dans la plupart des maladies aiguës, et surtout

chroniques, il est infiniment rare qu'on ne trouve qu'un seul organe affecté. Cependant, dans cette observation même, il se présente à ce qui vient d'être dit une exception remarquable qui, dans le cas de péritonite, est presque constante : c'est la conservation de l'état sain de la membrane muqueuse gastro-intestinale malgré l'inflammation très-vive du péritoine. Cet état sain existait d'ailleurs, ici comme dans plusieurs des observations précédentes, avec d'abondants vomissements.

Les signes de la péritonite ne furent pas douteux. Un seul manquait : c'était la tension du ventre; mais la conservation de la souplesse des parois abdominales est un cas ordinaire chez les femmes prises de péritonite à la suite de couches : on en comprend facilement la raison. Ici, comme dans le cas précédent, il n'y eut point de tympanite.

A l'époque où je recueillis cette observation, je décrivis l'altération du sommet du poumon gauche sans avoir aucune idée sur sa nature. Je suis porté aujourd'hui à la regarder comme indiquant une cicatrisation tuberculeuse. Ce fait acquiert ici de l'importance en raison des tubercules qui existaient dans les ganglions bronchiques ; c'est une preuve en faveur de l'opinion de M. Louis, qui pense que, toutes les fois qu'un organe quelconque contient des tubercules, le poumon en contient aussi.

Sous le rapport de la suppuration dont le tissu de l'utérus était le siége, l'observation qu'on vient de lire peut être rapprochée de celles qui ont été récemment publiées par MM. Louis et Dance.

VIIIe OBSERVATION.

Péritonite avec gastrite aiguë.

Un cordonnier, âgé de 34 ans, ayant des muscles grêles, et paraissant faiblement constitué, passa à boire et à danser toute la nuit du 4 au 5 juin 1820. Le lundi 5 il se coucha très-fatigué à quatre heures du soir. Au milieu de la nuit, il fut réveillé par des douleurs abdominales très-vives, qui avaient surtout leur siége dans la région cœcale. Il n'eut d'ailleurs ni nausées, ni vomissements, ni selles. Les quatre jours suivants, persistance des douleurs, constipation opiniâtre. Le 7, application de vingt-cinq sangsues sur la région cœcale. Le 8 et le 9, application de quinze nouvelles sangsues chaque jour. Entré à la Charité le 11 juin, on lui applique encore des sangsues sur l'abdomen. Dans la matinée du 12, il présente l'état suivant :

Face pâle, exprimant la douleur ; grande faiblesse, abdomen très-douloureux à la pression, surtout au-dessous de l'ombilic, souple au-dessus de ce point gonflé et tendu au-dessous, et présentant une sorte de tumeur mal circonscrite qui semble constituée par des anses intestinales réunies en une seule masse ; les mouvements inspiratoires, courts et rapprochés, augmentent singulièrement la douleur abdominale ; une bile verte, abondante, a été vomie toute la nuit ; de plus, ce que nous n'avons pas vu dans

les observations précédentes, la langue est rouge et sèche, la soif vive ; les lèvres sont d'un rouge vif et saignantes ; le pouls est fréquent et petit, la peau peu chaude. (*Quatre demi-lavements avec demi-once d'huile de ricin dans chaque. Cataplasme. Sinapismes aux jambes. Tisane de lin gommée.*) Persistance des vomissements toute la journée. Le lendemain 13, traits de la face plus altérés ; pouls filiforme ; peau froide, couverte d'une sueur visqueuse ; hoquet et nausées continuels : du reste, mêmes symptômes. (*Même prescription.*) Le 14, neuvième jour depuis la nuit de l'invasion, le malade est mourant ; hoquet et vomissements bilieux presque continuels. Une sueur froide couvre tout le corps, excepté la partie intérieure de l'abdomen depuis l'ombilic jusqu'au pubis, où la peau est chaude et un peu rouge. Mort une heure après la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Tout le paquet des intestins grêles est réuni en une seule masse par des adhérences molles que l'on rompt par une légère traction. La surface externe de la presque totalité des intestins est recouverte par une exsudation blanchâtre, de deux lignes d'épaisseur, se détachant par larges lambeaux. Au-dessous d'elle, on trouve le péritoine très-rouge. Un liquide semblable à de la crême remplit la cavité péritonéale. La membrane muqueuse de l'estomac est très-rouge dans la plus grande partie de son étendue ; en tirant légèrement les parois de l'estomac, on les déchire avec une remarquable facilité. La surface interne du duodénum participe à la rougeur de la muqueuse gastrique ; mais ses tuniques ne se déchirent point comme celles de l'estomac. On ne trouve rien de notable dans le reste du tube digestif, si ce n'est une grande quantité de gaz, qui sont comme emprisonnés dans plusieurs anses de l'intestin grêle, et en opèrent ainsi la distension partielle.

Cette observation diffère des précédentes par la nouvelle complication dont elle offre un exemple. Dans les cas cités jusqu'ici, les vomissements ne dépendaient point d'un état d'inflammation de la membrane muqueuse gastrique ; dans le cas actuel, ils coïncident avec cette inflammation, et d'ailleurs celle-ci est révélée par un nouvel ordre de symptômes que nous n'avons pas retrouvés dans les autres observations où il y avait péritonite sans gastrite : ces symptômes sont la rougeur et la sécheresse de la langue et des lèvres, la soif vive. La gastrite était très-intense ; non-seulement elle était annoncée par la rougeur considérable de la membrane muqueuse, mais encore par la diminution de cohésion des tuniques subjacentes : si le malade eût vécu plus longtemps, son estomac se fût peut-être perforé. C'est d'ailleurs par des signes d'inflammation du péritoine que débuta la maladie. Dans l'observation suivante, nous allons voir une péritonite aiguë survenir comme complication d'une gastro-entérite chronique.

IXe OBSERVATION.

Péritonite aiguë. Gastro-colite chronique. Deux tumeurs hydatifères, dont l'une développée entre le foie et l'estomac, et l'autre entre le rectum et la vessie.

Un peintre, âgé de 50 ans, fit, comme militaire, la campagne de France de 1814; il y éprouva toutes les angoisses de la misère, il fit abus des liqueurs alcooliques. Il rentra dans ses foyers en 1815; les années suivantes, sa santé fut chancelante. Depuis 1819 seulement, des symptômes morbides graves se sont manifestés : son appétit commença alors à se déranger; il vomit de temps en temps des eaux âcres, mais jamais ses aliments; il avait fréquemment la diarrhée avec ténesme, et selles sanguinolentes. Ces symptômes persistèrent jusqu'à la fin de l'été 1822; il était parvenu peu à peu à un degré assez avancé de marasme. Il ne s'était jamais astreint à aucun traitement. Vers le 15 octobre 1822, il fut pris de douleurs abdominales, entra à la Charité.

Lorsqu'il se présenta à notre examen, la face était pâle et grippée; le ventre, tendu et développé, ne pouvait être légèrement pressé sans que les douleurs ne s'exaspérassent d'une manière atroce. On sentait dans l'abdomen une fluctuation obscure. Immédiatement au-dessous du pubis, existait une tumeur globuleuse, dure, un peu déjetée à gauche de la symphyse; ayant à peu près le volume d'une grosse orange, paraissant se prolonger derrière le pubis, simulant par sa forme la vessie distendue par l'urine, et dévié à gauche. Cependant le malade urinait librement; la sonde, introduite dans la vessie, fit reconnaître une obliquité de ce réservoir à droite, c'est-à-dire en sens inverse de la position de la tumeur. Le malade avait des nausées continuelles; il avait vomi depuis la veille une grande quantité de bile verte; la langue avait un aspect naturel; les envies d'aller à la selle étaient fréquentes, mais le malade ne rendait chaque fois qu'une petite quantité de matières glaireuses et sanguinolentes; le pouls était petit, très-fréquent, la peau peu chaude.

Diagnostic. Phlegmasie chronique de l'estomac et du gros intestin; péritonite aiguë; tumeur anormale dans l'hypogastre, ne paraissant avoir avec la vessie qu'une analogie trompeuse de forme.

(*Trente sangsues sur l'abdomen, boissons et lavements émollients.*)

Le lendemain, 30 octobre, les douleurs abdominales, moindres, ne se faisaient plus sentir que dans la région hypogastrique. Les autres symptômes ne présentaient point de changements (*trente sangsues sur l'abdomen.*)

Le 1er novembre, même état (*fomentations émollientes.*)

Le 2 novembre, faiblesse extrême, peau froide, pouls filiforme, persistance des vomissements; mort dans la soirée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Une petite quantité de liquide trouble, au milieu duquel nageaient quelques flocons albumineux, était épanchée dans l'un et l'autre flanc; le péritoine ne présentait d'ailleurs ni fausse membrane, ni aucune trace d'inflammation. La tumeur dont l'existence avait été reconnue pendant la vie était annexée à la partie latérale gauche de la vessie; elle se prolongeait entre celle-ci et le rectum : un tissu cellulaire dense l'unissait à ces parties; le péritoine la recouvrait : elle était dure, résistante. A peine l'eut-on incisée, qu'il en sortit avec impétuosité un liquide limpide, au milieu duquel nageaient sept à huit hydatides (acéphalocystes à bourgeons), dont quatre ou cinq

avaient à peu près le volume d'une noix, et les autres celui d'un œuf de poule. Les parois du kyste étaient formées par un tissu fibreux, présentant çà et là quelques plaques cartilagineuses.

Au moment où l'on allait ouvrir l'estomac, on reconnut entre ce viscère et le foie une seconde poche semblable à la précédente; elle ne contenait qu'une volumineuse hydatide, d'une couleur verdâtre, crevée, et plusieurs fois repliée sur elle-même.

La muqueuse gastrique était molle et d'un rouge brunâtre dans la plus grande partie de son étendue. L'intestin grêle était sain. La muqueuse du gros intestin, épaisse et noire, présentait dans toute son étendue de nombreuses végétations comme pisiformes, faisant au-dessus de sa surface une saillie d'une à deux lignes.

Les organes du crâne et du thorax étaient sains.

La double phlegmasie de l'estomac et du gros intestin explique suffisamment les divers symptômes que le malade présentait depuis trois ans. Survenue chez un individu déjà épuisé, la péritonite, bien que peu intense, fut rapidement mortelle.

Les deux poches hydatiques n'eurent sans doute que très-peu d'influence sur la production des accidents passés ou actuels éprouvés par le malade. Peut-on expliquer, par la présence de la tumeur logée entre le foie et l'estomac, pourquoi les vomissements augmentaient lorsque le malade se couchait à gauche? L'autre tumeur avait déjà dévié un peu la vessie : plus tard, elle aurait pu, en se développant davantage, oblitérer plus ou moins complétement le passage des urines ou des matières fécales.

Une rétension d'urine, produite dans une semblable cause, n'est pas sans exemple. Il est question, dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie, d'un homme de quarante-cinq ans, chez lequel on trouva, entre la vessie et le rectum, une poche hydatique volumineuse, qui comprimait fortement le premier de ces organes. Il avait été atteint, pendant les derniers temps de sa vie, d'une violente strangurie, à laquelle le cathétérisme n'avait pu remédier.

Xe OBSERVATION.

Péritonite aiguë survenue pendant le cours d'une entérite chronique. Épanchement de sérosité rougeâtre dans le péritoine, sans autre trace d'inflammation de cette membrane.

Un homme de 54 ans, marbrier, ayant été plusieurs fois traité à l'hôpital de la Charité de la collique métallique, était atteint depuis quatre mois d'un abondant flux de

ventre. Lors de son entrée à l'hôpital, il était faible et très-maigre, neuf ou dix selles avaient lieu en vingt-quatre heures. Langue naturelle; anorexie; ventre simple et douloureux seulement par intervalles, le plus souvent avant d'aller à la selle. (*Décoction blanche de Sydenham. Potion gommeuse composée. Lavement d'amidon avec addition de deux gouttes de laudanum de Rousseau et d'un jaune d'œuf. Deux bouillons*).

Le malade n'alla que quatre fois à la selle jusqu'au lendemain matin, 20 février. Les trois jours suivants, même médication. Trois selles seulement en vingt-quatre heures.

Le 24, on ajoute à la prescription un verre de décoction de cachou. Deux selles seulement eurent lieu jusqu'au lendemain matin; abdomen indolent, point de fièvre. Mêmes médicaments et même état jusqu'au 28. Deux selles liquides seulement chaque jour sans colique : état général assez satisfaisant.

On ne pouvait douter que la diarrhée avait diminué sous l'influence des moyens thérapeutiques et de la diète. M. Lerminier substitua au cachou et à la décoction blanche une décoction de simarouba édulcorée avec le sirop de coing. Le soir deux pilules de cynoglosse.

Jusqu'au lendemain, 1er mars, il n'y eut pas de selles; aucune douleur abdominale ne fut ressentie. Continuation du simarouba (*trois crèmes de riz. Deux bouillons*). Du 1er au 6 mars, il n'y eut qu'une selle chaque vingt-quatre heures; liquide jusqu'au 5, elle fut bien consistante le 6 et le 7; le ventre était souple et indolent; le malade se trouvait bien; cependant ses forces ne se relevaient pas, et il restait sans appétit.

Le 6, tout a changé de face : fièvre, langue rouge et sèche; cependant le dévoiement n'a pas reparu (*suspension du simarouba. Tisanes émollientes.*)

Le 10, la fièvre n'existait plus, la langue était redevenue humide et pâle; le dévoiement avait reparu. On prescrivit de nouveau la décoction de simarouba, une tisane d'orge gommée acidulée avec l'eau de Rabel.

Le 12, ce dévoiement était de nouveau arrêté; du 12 au 15, il ne reparut pas. (Alors cessation du *simarouba*.) Tout semblait annoncer la possibilité de la guérison. Cependant la face restait d'une pâleur remarquable; nous n'observions pas sans inquiétude que l'anorexie persistait, que les forces ne se rétablissaient pas, et qu'un léger mouvement fébrile se manifestait de temps en temps, surtout vers le soir.

Le 16, un grand changement eut lieu dans la position du malade. Il était dans un état d'anxiété extrême; il éprouvait des douleurs abdominales assez vives pour lui arracher des cris; la moindre pression les exaspérait encore. En même temps grande fréquence et petitesse du pouls, vive chaleur à la peau. L'invasion d'une péritonite ne nous semble pas douteuse (*vingt sangsues sur l'abdomen*).

Le lendemain, douleur abdominale moins intense : mais tuméfaction de l'abdomen, qui présente une fluctuation obscure.

Du 18 au 24, les douleurs abdominales cessèrent de se faire sentir; la fluctuation devint de plus en plus manifeste, et bientôt l'on observa un ascite considérable. Le pouls était faible, sans fréquence; deux selles liquides seulement avaient eu lieu chaque jour dans les vingt-quatre heures (*vésicatoire aux jambes, simples émollients à l'intérieur*).

Le 25, réapparition de la douleur abdominale; prostration extrême; pouls filiforme, peu fréquent. Les traits de la face, profondément altérés, annonçaient une mort prochaine; elle eut lieu le 26.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Sérosité rougeâtre abondante, dans le péritoine, sans mélange d'autres flocons, sans

trace de pseudo-membranes, sans apparence d'un travail phlegmasique quelconque dans la membrane séreuse, ou dans le tissu cellulaire qui lui est subjacent.

Estomac sain, ainsi que les trois quarts supérieurs de l'intestin grêle. Dans le quart inférieur, on observe d'assez nombreuses ulcérations, dont le fond brunâtre est formé par le tissu lamineux, dur et épaissi ; dans plusieurs, le fond est au niveau des bords, et le tissu qui les forme paraît se continuer avec la muqueuse. Était-ce une cicatrisation commençante? Entre ces ulcérations, et même sur leurs bords, la membrane muqueuse était blanche, bien consistante. La membrane muqueuse du gros intestin, également blanche, de consistance et d'épaisseur naturelles, était exempte de toute altération appréciable.

Rien de remarquable dans les autres viscères de l'abdomen, du thorax et du crâne.

La péritonite aiguë dont cette observation fournit un exemple, ne peut être révoquée en doute, en raison des symptômes qui l'annonçaient pendant la vie ; par la seule inspection du cadavre, elle eût été méconnue. On ne trouva, en effet, d'autre altération dans le péritoine qu'un épanchement de sérosité unie à une certaine quantité de matière colorante du sang. C'est ce qu'on observe dans certains cas de simple ascite consécutive à un obstacle mécanique, et survenue sans douleur. Voilà donc un cas où la nature des symptômes éclaire davantage sur la véritable nature de la maladie que ne le fait l'anatomie pathologique : comparez ce cas à ceux où, bien qu'aucune douleur n'ait existé pendant la vie, on trouve du pus, des fausses membranes, etc., dans le péritoine!

Une autre maladie existait chez cet individu à l'époque de son entrée : c'était une phlegmasie chronique de la membrane muqueuse intestinale; ou, du moins, nous devions considérer comme étant le résultat de cette phlegmasie la diarrhée qui depuis longtemps existait chez lui. Le traitement, pendant l'administration duquel cette diarrhée diminua d'abord, puis se suspendit, doit fixer notre attention. On donna d'abord de simples émollients, des narcotiques, puis des astringents toniques (*cachou, simarouba*). Nous vîmes pendant que ces médicaments étaient donnés, le dévoiement disparaître à la vérité, mais momentanément. L'estomac s'irrita; son affection fut annoncée par la rougeur de la langue et par la fièvre. Il suffit de suspendre l'administration de simarouba pour faire cesser cette gastrite, que cette écorce avait vraisemblablement causée. Alors, le dévoiement reparut ; on reprit l'usage de l'écorce astringente, et il cessa de nouveau : il ne reparut plus pendant le cours de la péritonite.

D'après l'influence exercée d'abord par la médication tonique, sur la

cessation de la diarrhée, on devait naturellement être porté à penser que cette diarrhée n'était point ici liée à une phlegmasie intestinale, mais qu'elle dépendait plutôt d'un état d'atonie de la membrane muqueuse, *que c'était une sorte de flux passif.* L'ouverture du cadavre nous démontra qu'il n'en était point ainsi. Dans une certaine étendue de l'intestin existaient des ulcérations dont l'aspect indiquait l'ancienneté; mais entre elles la décoloration que présentait la membrane muqueuse, d'ailleurs bien consistante, indiquait l'absence de réaction antérieure des ulcérations. Voilà la stricte expression des faits. Que si nous voulons maintenant en tirer quelque conséquence, nous demanderons si un pareil cas ne semble pas conduire à prouver qu'il est certaines inflammations chroniques auxquelles on peut opposer avec avantage un autre traitement que les simples antiphlogistiques. Nous avons déjà développé ailleurs ce point de doctrine. Notez, de plus, qu'on ne peut pas dire, dans ce cas, que la cessation du dévoiement a été le résultat d'un accroissement d'irritation de la membrane muqueuse intestinale ; car, s'il en eût été ainsi, nous aurions vu les douleurs abdominales s'exaspérer, la fièvre s'allumer; en un mot, nous aurions observé cet ensemble de symptômes qui se manifestent lorsqu'une phlegmasie chronique repasse momentanément à l'état aigu. Mais il n'en fut point ainsi. Nous nous demanderons toutefois si l'irritation dont l'estomac devint le siége à la suite de l'administration des astringents, ne joua pas un rôle dans la disparition momentanée de la diarrhée. Nous n'oublierons pas, d'ailleurs, que, même après la cessation du dévoiement, la persistance de l'anorexie et de la faiblesse générale, ainsi que le mouvement fébrile erratique, annonçaient une lésion organique qui survivait à la diarrhée.

Nous trouvons dans ce cas un nouvel exemple d'une diarrhée dans laquelle la cause du flux intestinal résidait uniquement dans l'intestin grêle, le gros intestin ayant été trouvé parfaitement sain.

Nous remarquerons encore que l'anorexie complète que le malade éprouvait depuis longtemps ne reconnaissait pour cause aucune altération appréciable de l'estomac lui-même, qui ne parut s'être irrité que momentanément, à l'époque où la langue rougit et où la fièvre augmenta.

XIe OBSERVATION.

Péritonite consécutive à un anévrysme de l'artère iliaque primitive droite. Mort subite par suite de la rupture du sac anévrysmal dans la cavité du péritoine.

Un garçon marchand de vin, âgé de 26 ans, fortement constitué, entra, le 26 avril

1824, à la Charité : il présentait alors tous les signes caractéristiques d'une péritonite aiguë. Trois semaines auparavant, en pompant de l'eau, il avait été pris tout à coup d'une forte douleur lombaire, qui fut suivie de douleurs abdominales et de vomissements. Il garda le lit pendant les vingt jours suivants, puis les symptômes s'exaspérèrent tout à coup; la douleur abdominale devint surtout beaucoup plus intense, et les vomissements, qui n'avaient existé qu'au début de la maladie, reparurent. Nous vîmes, pour la première fois, ce malade dans la matinée du 27 avril. Alors l'abdomen était très-douloureux à la pression, et tendu; la résistance uniforme de ses parois semblait dépendre du paquet intestinal, dont les anses étaient unies et comme soudées par des fausses membranes. Le pouls était petit et fréquent, la langue naturelle (*vingt-quatre sangsues furent appliquées à l'anus, et quarante-huit sur l'abdomen, deux vésicatoires aux jambes, boissons délayantes*). Le lendemain 28, le malade se dit mieux; mais la tension du ventre persiste, ainsi que la douleur, surtout sur l'hypogastre (*quarante-huit sangsues sur cette région; vingt-quatre sur le reste de l'abdomen*). Le 29 et jours suivants, l'état du malade étant le même, M. Lerminier continue l'application des sangsues ainsi qu'il suit : le 29, *trente-six sangsues à l'anus;* le 30, *vingt-quatre sangsues à l'hypogastre*; le 1er mai, le 2 et le 3, même prescription; le 4, les douleurs étant beaucoup moindres, on n'appliqua que *douze sangsues, toujours à l'hypogastre.* Le 5, même application. Le 6 et le 7, les douleurs abdominales sont à peu près nulles; le pouls a peu de fréquence; le malade se sent bien; mais la tension du ventre n'a pas diminué. Le 13, retour des douleurs : *douze sangsues à l'hypogastre.* Deux heures après la visite, le malade fait un léger mouvement dans son lit, perd connaissance, et expire au bout de quelques secondes.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Une sérosité sanguinolente s'échappe de l'abdomen, au moment où l'on en incise les parois. Des caillots d'un sang noir recouvrent les intestins et remplissent l'excavation du bassin ainsi que les flancs. Des adhérences encore molles et colorées par le sang épanché unissent les anses intestinales entre elles, de manière que celles-ci, ainsi réunies, ne constituent plus qu'une seule masse, à laquelle était due la résistance offerte pendant la vie par les parois abdominales. Le paquet intestinal formant tumeur ayant été écarté, on découvrit à la place occupée par le mésentère une tumeur considérable constituée par des couches fibrineuses, superposées, dont la densité allait en diminuant de l'extérieur à l'intérieur; les couches les plus externes étaient dépouillées de matière colorante. Au centre, existaient des caillots mous, semblables à ceux qui remplissent le péritoine. Ces masses de fibrine recouvraient la fin de l'aorte et les illiaques primitives. Presque immédiatement après sa séparation de l'aorte, l'artère iliaque primitive droite était percée d'un trou assez large pour admettre une pièce de cinq sous. Ses bords irréguliers présentaient des lambeaux des membranes externe et moyenne. Aucune lésion organique appréciable n'existait, soit dans le reste de l'artère illiaque, autour ou loin de la perforation, soit dans l'aorte, soit dans toutes les autres parties du système vasculaire, à sang rouge et noir.

La cause de la mort subite du malade est suffisamment expliquée par l'hémorragie interne qui eut lieu à travers la perforation de l'artère iliaque primitive droite. Il est vraisemblable qu'un commencement de

rupture de cette artère, déjà précédemment malade, s'effectua à l'époque où, à la suite d'un effort, une vive douleur fut ressentie au bas des lombes. L'irritation se propagea au péritoine, ainsi que l'attestent les symptômes d'inflammation de cette membrane qui se manifestèrent alors, et qui depuis ne cessèrent pas d'exister avec des degrés variables d'intensité. Depuis l'époque de l'entrée du malade à la Charité, un traitement antiphlogistique des plus actifs fut mis en usage (*trois cent douze sangsues furent appliquées dans l'espace de douze jours, tant sur l'abdomen qu'à l'anus*). Les douleurs furent calmées; le malade fut sensiblement soulagé, et ses forces étaient conservées en assez bon état; mais si la forme aiguë de la maladie fut ainsi enlevée, elle n'en persista pas moins sous une forme qui se rapprochait plus de l'état chronique. Ce cas est d'ailleurs un exemple remarquable de la quantité de sang que peut perdre un individu, sans en être sensiblement affaibli.

Ayant cité dans le troisième volume de cet ouvrage des observations de péritonites produites par des perforations de l'estomac et des intestins, et ayant alors insisté avec quelques détails sur les symptômes, la marche, le diagnostic des inflammations péritonéales qui reconnaissent ce genre de causes, il serait inutile de revenir encore sur ce sujet; j'ai eu occasion de mentionner dans d'autres chapitres du présent volume des cas de péritonites causées par divers corps étrangers introduits dans des organes voisins, tels que le foie, la vésicule du fiel, le péritoine, etc. Je vais donc sur-le-champ rapporter quelques observations de péritonites aiguës terminées par résolution.

CHAPITRE II.

PÉRITONITES AIGUES GUÉRIES.

Parmi les individus dont je vais rapporter l'histoire, les uns, revenus à la santé après avoir offert tous les symptômes d'une péritonite aiguë, ont succombé plusieurs années après à une autre maladie, et l'on a trouvé dans le péritoine des adhérences celluleuses ou d'autres états morbides, indices d'une ancienne inflammation de cette membrane. Chez

d'autres, qui paraissaient également avoir eu une péritonite dont ils avaient guéri, il n'existait dans le péritoine aucune trace de travail pathologique ancien ou récent. Chez d'autres, enfin, nous n'avons pas eu occasion d'examiner le péritoine.

XIIe OBSERVATION.

Symptômes de péritonite aiguë. Guérison. Deux ans après, phthisie pulmonaire et mort. Plusieurs anses intestinales mises par des adhérences celluleuses.

Un boulanger, âgé de 38 ans, présentait l'état suivant lorsqu'il entra à la Charité pendant le cours de l'hiver de 1823 : vives douleurs abdominales, augmentant par la pression la plus légère, par le seul poids des couvertures ; tension générale des parois du ventre ; fluctuation obscure ; pouls très-fréquent, sans beaucoup de chaleur à la peau; nausées continuelles, sans vomissement ; langue naturelle et constipation ; face pâle, exprimant une anxiété profonde. Deux jours auparavant, après s'être exposé à peu près nu (selon la coutume des garçons boulangers) à l'air froid et humide d'une matinée pluvieuse, il avait été pris d'un grand frisson, et bientôt des différents symptômes que je viens de rappeler. M. Lerminier fit pratiquer sur-le-champ *une saignée de seize onces*, et appliquer *quarante sangsues sur l'abdomen*. En même temps, *fomentations et boissons émollientes; une demi-once d'huile de ricin.*

Les nausées cessèrent dans la journée. Deux selles liquides eurent lieu ; la nuit, le malade goûta un peu de sommeil ; et le lendemain matin, quatrième jour, la sensibilité moindre de l'abdomen, l'aspect plus naturel de la face, la moindre fréquence du pouls, annonçaient une amélioration non douteuse. Cependant, M. Lerminier ne crut pas devoir encore abandonner le malade à la nature ; car, dans les inflammations des membranes séreuses, plus peut-être que dans aucune autre, les accidents, après s'être amendés, reparaissent souvent avec une nouvelle intensité, si on ne continue un traitement actif qui détourne la congestion sanguine qui tend à s'opérer de nouveau. En conséquence, *on appliqua sur l'abdomen trente nouvelles sangsues*, dont on fit abondamment couler les piqûres par des fomentations chaudes, maintenues sur l'abdomen jusqu'au lendemain matin (*demi-lavement émollient*).

Le cinquième jour l'état du malade s'était à peu près conservé le même (*fomentations émollientes; bain; tisane de graine de lin, douze sangsues sur l'abdomen, et deux vésicatoires aux jambes*).

Le sixième jour, pas de changement notable ; mais c'était beaucoup que le premier amendement, qui avait été très-sensible, persistât depuis deux jours (*vingt sangsues à l'anus*).

Le septième jour, l'abdomen était plus tendu et ballonné; il n'y avait pas eu de selles depuis deux jours, malgré les demi-lavements administrés, qui n'étaient pas même rendus (*une once d'huile de ricin fut prescrite à prendre dans deux tasses de bouillon de veau*). Trois ou quatre selles liquides eurent lieu dans la journée ; le ballonnement du ventre cessa, et le malade se trouva mieux.

Du huitième au treizième jour, la sensibilité abdominale disparut complètement, la fièvre cessa, les forces revinrent ; mais le ventre conservait de la tension, on n'y reconnaissait pas de fluctuation. Pendant ce temps, le malade prit, à deux reprises différentes, une demi-once d'huile de ricin ; et le neuvième jour, *des sangsues, au nombre*

de douze, furent pour la dernière fois appliquées. Le quatorzième jour on accorda, pour la première fois, de légers aliments (*une crême de riz*).

Du quatorzième au vingtième jour, on donna successivement des bouillons, des potages, quelques légumes. Le vingt-septième jour, ce malade quitta l'hôpital : à cette époque, il semblait être parfaitement rétabli.

Cet individu jouit d'une bonne santé jusqu'à la fin de l'automne de l'année 1825 ; alors il fut pris d'un rhume qui, léger d'abord, revêtit en peu de temps un caractère assez grave pour forcer le malade à rentrer à la Charité, où il fut de nouveau confié aux soins de M. Lerminier. Nous soupçonnâmes chez lui l'existence d'une phthisie pulmonaire, qui devint bientôt trop manifeste, et qui l'entraîna au tombeau vers la fin de l'hiver.

L'ouverture du cadavre nous montra des tubercules dans les poumons, des ulcérations dans le tube digestif, et, de plus, un état fort remarquable du péritoine. Un grand nombre d'anses de l'intestin grêle étaient réunies par des adhérences celluleuses, semblables à celles qu'on trouve si souvent dans la plèvre ; on avait peine à les rompre et à séparer les anses d'intestin accolées les unes contre les autres ; plusieurs cependant n'étaient que lâchement unies, de telle sorte qu'on pouvait encore les écarter et les faire mouvoir l'une sur l'autre. De pareilles adhérences unissaient plusieurs points du colon transverse à des points correspondants de la grande courbure de l'estomac, et le colon ascendant aux parois abdominales. Il y avait quelques endroits où les brides celluleuses, qui forment ces adhérences, étaient colorées en noir : aucun liquide n'était d'ailleurs épanché dans le péritoine.

Chez le malade dont l'histoire vient d'être rapportée, on voit des symptômes d'une péritonite aiguë fort grave disparaître, et laisser, comme traces de son existence, les adhérences celluleuses qui viennent d'être décrites. J'ai dit que plusieurs de ces productions accidentelles étaient colorées en noir : j'ai trouvé souvent une pareille coloration dans les fausses membranes du péritoine chez des individus qui succombaient avec tous les symptômes d'une péritonite chronique. Mais, de plus, j'ai trouvé également colorés en brun, en gris ardoisé ou en noir, soit des fausses membranes peu épaisses, soit le péritoine lui-même, chez des individus qui avaient succombé à une toute autre maladie qu'une péritonite, et qui, pendant le temps que je les avais observés, n'avaient jamais offert aucun symptôme propre à indiquer une affection récente ou ancienne du péritoine. Ces individus n'avaient-ils pas eu autrefois une péritonite qui s'était guérie? Les diverses nuances de coloration noire que présentent les tissus peuvent en effet être produites par une phlegmasie chronique encore existante, ou rester comme traces d'une ancienne inflammation qui a depuis longtemps cessé d'exister.

La maladie était encore récente lorsque le traitement antiphlogistique fut commencé; il fut très-actif et longtemps continué; un écoulement

de sang à peu près permanent fut entretenu pendant plusieurs jours de suite, et je ne doute pas que cette méthode n'ait puissamment contribué à produire une heureuse terminaison de la maladie. Ainsi continuellement modéré, le travail de congestion morbide, dont le péritoine était le siége, devint, si je puis ainsi dire, une sorte de travail physiologique, dont le résultat fut d'abord la formation d'une certaine quantité de tissu cellulaire accidentel, puis la nutrition ultérieure de ce tissu, sans qu'il en résultât ni maladie du péritoine, ni aucun trouble général dans l'économie.

On peut voir aussi dans cette observation les bons effets des substances purgatives données dans le but de vaincre la constipation, qui est une circonstance fâcheuse chez les individus atteints de péritonite : la distension des intestins qui en résulte doit en effet augmenter la douleur, et par suite accroître l'irritation de la membrane séreuse. J'ai vu bien souvent, en pareil cas, les symptômes s'amender d'une manière notable après l'administration d'une demi-once à une once d'huile de ricin. Le météorisme, la tension du ventre, la douleur diminuent ; les vomissements, l'un des accidents les plus pénibles de la péritonite, ne cèdent souvent qu'après qu'un purgatif a procuré quelques selles. Qu'est-il besoin de dire qu'il faudrait s'en abstenir, si l'on observait des signes d'entérite ? mais ce dernier cas est rare, comme nous l'avons déjà fait remarquer.

XIIIe OBSERVATION.

Péritonite aiguë dont les premiers symptômes se manifestent pendant les accès d'une fièvre intermittente, disparaissent dans leurs intervalles, et deviennent enfin permanents. Guérison.

Un homme de moyen âge était entré à la Charité en septembre, pour y être traité d'une fièvre intermittente tierce. Il avait déjà eu cinq accès qui n'avaient présenté rien d'insolite, et pendant leurs intervalles il avait été bien portant, lorsque, en même temps que commença à se manifester le frisson du sixième accès, il éprouva dans l'abdomen de vives douleurs que la pression et le mouvement augmentaient. Ces douleurs persistèrent pendant toute la durée du frisson et de la chaleur, et se dissipèrent à mesure que la sueur s'établit. Jusqu'au retour de l'accès suivant, ces douleurs ne reparurent point ; la pression abdominale ne les réveillait point, mais le malade était pâle et plus abattu que de coutume : il avait l'*air souffrant*. Avec le frisson du septième accès, reparut la douleur qui se dissipa avec la sueur, comme la première fois. Jusqu'alors la fièvre intermittente avait été abandonnée à elle-même ; après le septième accès on commença l'administration du *sulfate de quinine à la dose de dix grains*. A l'époque accoutumée, le frisson reparut avec la douleur abdominale ; il y eut de plus deux vomissements bilieux. Après avoir duré seulement une heure, c'est-à-dire deux

fois moins qu'à l'ordinaire, il cessa; mais il ne fut remplacé ni par une chaleur semblable à celle des accès précédents, ni par de la sueur; d'autres phénomènes beaucoup plus graves apparurent : la douleur abdominale continua à être très-vive, le ventre se tendit : des vomissements de bile se répétèrent à chaque demi-heure, peu abondants chaque fois, mais extrêmement pénibles pour le malade. La face se grippa et pâlit, le pouls acquit une grande fréquence. Lorsque nous revîmes le malade, le lendemain matin, ces divers symptômes persistaient, et nous ne doutâmes point qu'il ne fût atteint d'une péritonite aiguë. Dès la veille au soir, le chirurgien de garde avait fait appliquer *vingt-quatre sangsues sur l'abdomen*. M. Lerminier en fit faire une seconde application en augmentant leur nombre. (*Quarante sangsues*.) Il prescrivit de plus *une saignée de douze onces*, et, comme il y avait constipation, *une potion composée d'une once d'huile de ricin, une demi-once de sirop de nerprun, et deux gros d'eau de fleurs d'oranger, à prendre par cuillerées de demi-heure en demi-heure*. Les piqûres des sangsues donnèrent du sang toute la journée; cinq à six selles bilieuses eurent lieu. Le lendemain, les douleurs abdominales ne se faisaient plus sentir que par le mouvement ou la pression; mais alors elles étaient encore très-vives; le décubitus sur le dos était le seul possible; le malade avait encore quelques nausées, mais il ne vomit plus. Le ventre était développé et tendu. Le pouls conservait une grande fréquence. Pendant les trois jours suivants, *vingt sangsues furent appliquées chaque jour sur l'abdomen, puis un visicatoire fut appliqué à chaque jambe*. Le malade était alors arrivé au sixième jour de sa péritonite; chaque jour les douleurs abdominales avaient été en décroissant, la fréquence du pouls avait graduellement diminué. Le septième et le huitième jour, on ne fit autre chose *qu'une médecine expectante*. La peau, sèche jusqu'alors, se couvrit d'une sueur abondante, et le sixième jour le malade pouvait être regardé comme étant en pleine convalescence.

Chez ce malade, on suivit encore le même traitement que chez le précédent, avec un égal succès. Pendant quatre jours un écoulement de sang à peu près continuel fut entretenu sur les parois abdominales, et avant cela une saignée générale avait été pratiquée. L'huile de ricin parut aussi être administrée avec avantage, et, enfin, les vésicatoires appliqués aux extrémités inférieures, à une époque où les symptômes d'inflammation étaient beaucoup moins aigus, opérèrent une utile révulsion, et hâtèrent sans doute la complète résolution de la péritonite. On a certainement beaucoup abusé de l'emploi des irritants appliqués sur la peau comme révulsifs; employés trop tôt, ou chez des individus très-irritables, à sympathies très-actives, ils ont trop souvent exaspéré l'inflammation qu'ils étaient destinés à combattre; on trouvera même, dans plus d'une observation de cet ouvrage, des exemples de leur danger. Mais dans beaucoup d'autres aussi (*voyez* surtout les volumes précédents), on ne pourra révoquer en doute leur grand avantage. En consultant ces observations, on verra qu'en général les vésicatoires, appliqués aux extrémités infé-

rieures, loin du siége du mal, sont ceux qui ont paru le mieux réussir.

Ainsi, dans les pleurésies, dans les péricardites, c'est sur différents points des membres pelviens, plus souvent que sur la poitrine, que l'on doit porter les révulsifs, bien qu'il y ait quelques cas, que nous avons essayé de faire ressortir, dans lesquels leur application sur le thorax lui-même a été plus utile. Dans les cas d'affection cérébrale aiguë, il ne m'a jamais semblé que l'application d'un révulsif à la nuque fût avantageuse; quant aux vésicatoires appliqués sur le crâne même, ils ne m'ont paru jamais avoir qu'une influence nuisible. Une fois, chez un enfant qui présentait plusieurs symptômes d'arachnitis, j'observai une amélioration sensible le lendemain de l'application d'un pareil vésicatoire. On l'attribuait déjà à l'action de ce révulsif, lorsqu'en levant l'appareil on s'aperçut que la peau du crâne n'avait que légèrement rougi, mais qu'aucune cloche ne s'était formée. Une seule fois, j'ai vu appliquer un large vésicatoire sur les parois abdominales d'un individu atteint de péritonite aiguë, et il s'ensuivit une exaspération très-marquée des symptômes. Quant aux inflammations de la membrane muqueuse gastro-intestinale, appliquer des vésicatoires sur l'abdomen dans leur état aigu, c'est en général les aggraver; cependant il y a encore quelques exceptions à cet égard : ainsi plusieurs fois on a vu à la Charité des évacuations alvines très-abondantes, qui se manifestaient tout à coup, n'étaient accompagnées que de peu de fièvre, et jetaient les malades dans une rapide prostration, être arrêtées par l'application d'un large vésicatoire sur l'abdomen. Ce même moyen est aussi quelquefois très-efficace pour arrêter d'une manière momentanée ou définitive des diarrhées chroniques.

Si cette observation est digne d'intérêt sous le rapport de la terminaison heureuse de la maladie, elle n'est pas moins digne de fixer l'attention sous le rapport du début de la marche de la péritonite. Ses premiers symptômes furent intermittents, comme ceux de l'accès de fièvre tierce au milieu duquel ils apparurent. Sans doute, pendant le frisson, une forte congestion sanguine s'opéra sur le péritoine, et elle se dissipa en même temps que la sueur annonça le rappel des liquides de l'intérieur à l'extérieur. Y eut-il cette première fois simple congestion sur le péritoine, ou véritable inflammation de cette membrane? c'est ce qu'il me semble peu important de décider, parce que, selon moi, ces deux états tendent sans cesse à se confondre par des nuances insensibles, comme on peut s'en convaincre en observant les divers degrés de l'ophthalmie. Toujours est-il qu'à l'accès suivant les mêmes symptômes de péritonite

reparurent; ils étaient encore plus tranchés que la première fois, puisqu'ils furent accompagnés de vomissements. Il est vraisemblable que, si le sulfate de quinine eût pu prévenir le retour des accès suivants, la péritonite eût été enlevée avec eux; mais il n'en fut pas ainsi, et peut-être par cela même qu'il y avait dans l'économie disposition à une maladie plus grave, le quinquina fut sans efficacité : un nouvel accès reparut avec symptômes de péritonite, comme dans les deux précédents; mais cette fois l'irritation du péritoine, soit qu'elle fût plus intense ou d'une autre nature, ne se dissipa plus; la sueur ne termina pas l'accès de fièvre, et elle ne reparut que huit jours plus tard, coïncidant encore avec l'heureuse terminaison de la péritonite. Alors elle en annonça la complète résolution, comme, dans les deux derniers accès bien dessinés de fièvre intermittente, elle avait marqué la terminaison des douleurs abdominales. Voilà donc un exemple bien tranché d'une congestion sanguine d'abord intermittente, comme les accès de fièvre avec lesquels elle coïncide, et remplaçant ces accès dès qu'elle est devenue continue. Peut-être, lors du troisième accès, dont on n'observa que le premier stade, si l'on eût essayé de déterminer vers la peau une forte congestion, soit par un bain très-chaud, soit par des fumigations plus ou moins excitantes, soit par différents révulsifs, on eût rétabli le mouvement du centre à la périphérie, et en provoquant la sueur on eût déterminé l'avortement de la péritonite, en produisant artificiellement ce qui avait été fait par la nature dans les deux accès précédents. Le quinquina aurait pu ensuite être employé de nouveau pour prévenir le retour des accès suivants. On a pu voir, dans une des observations déjà rapportées, un autre cas de péritonite, qui se manifesta d'abord par des douleurs erratiques qui devinrent ensuite continues. J'ai cité, dans le second volume, l'histoire d'une pleurésie dont les symptômes ne parurent d'abord que tous les soirs. De ces faits me semble résulter la démonstration de la possibilité des phlegmasies intermittentes; ce fait ne peut d'ailleurs être contesté pour plusieurs inflammations cutanées. Au moment où j'écris ces pages, il existe, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du savant docteur Biett, un homme qui, depuis deux ans, voit tous les soirs sa peau se couvrir d'une éruption ortiée qui n'existe plus le lendemain matin. Cette affection périodique n'a pas cédé au quinquina. Il faut d'ailleurs distinguer deux classes de ces phlegmasies intermittentes; les unes ne se montrent que comme de simples complications pendant un accès de fièvre; elles sont le produit d'une congestion locale plus forte que de

coutume, et déterminent des accidents plus ou moins graves, qui disparaissent avec l'accès ; de là résultent les maladies appelées *fièvres pernicieuses*. La maladie qui fait le sujet de cette observation eût été appelée par Torti *fièvre intermittente péritonique*. D'autres phlegmasies se montrent aussi d'une manière intermittente ; mais seules, sans être précédées ou accompagnées de frissons, ni suivies de sueur, en un mot, sans l'appareil des symptômes qui constituent un accès de fièvre : tel est le cas de l'urticaire observé à l'hôpital Saint-Louis, ou de la pleurésie revenant chaque soir, dont je viens de rappeler l'observation.

XIVe OBSERVATION.

Hydro-péritonite aiguë. Traitement par les émissions sanguines, et par les excitants des systèmes urinaire et cutané. Guérison.

Un charretier, âgé de 25 ans, très-fortement constitué, entra à la Charité au commencement du mois de décembre 1822. Quatre jours auparavant, il avait été pris, sans cause connue, de frissons vagues, de malaise et de fièvre. Cet état dura vingt-quatre heures pendant lesquelles il garda le repos, ne mangea pas, et but du vin chaud aromatisé avec de la cannelle. Au bout de ce temps, il ressentit une vive douleur dans le flanc droit, laquelle s'étendit, au bout de quelques heures, à tout l'abdomen. Les deux jours suivants, son ventre prit rapidement un volume considérable. Lorsque nous le vîmes, quatre jours après l'invasion de sa maladie, il nous présenta l'état suivant : l'abdomen, volumineux comme dans l'ascite, offrait une fluctuation évidente ; les douleurs vives que le malade y ressentait étaient exaspérées par la pression et par tout autre décubitus que celui sur le dos. Il y avait de la fièvre, et une grande anxiété qu'exprimaient les traits de la face. Tout, dans cette maladie, ressemblait à une péritonite, excepté la tuméfaction du ventre, aussi considérable que celle qu'on observe dans l'ascite : c'est ce que plusieurs médecins ont appelé une hydropisie active. En raison de la fièvre, des douleurs antécédentes et actuelles, de la nature de ces douleurs, M. Lerminier regarda l'ascite comme le résultat d'une inflammation aiguë du péritoine ; il pensa que cette inflammation existant encore devait être combattue, comme toute autre phlegmasie, par d'abondantes émissions sanguines. En conséquence, *trente sangsues furent appliquées trois jours de suite sur l'abdomen*, *et une saignée de seize onces fut pratiquée*. Pendant les six jours suivants, les douleurs abdominales diminuèrent peu à peu, et la fièvre cessa ; mais l'ascite était très-considérable ; il n'y avait d'ailleurs aucune infiltration des membres. Un nouveau mode de traitement fut alors mis en usage. Pendant les quinze jours suivants, *cinq à six applications de sangsues* (*huit à dix chaque fois*) *furent faites à l'anus* ; *une saignée de douze onces fut pratiquée, et des vésicatoires furent appliqués aux membres inférieurs ; des fumigations de baies de genièvre furent faites journellement dans le lit du malade ; ses membres furent frictionnés avec parties égales de teinture de cantharides et d'alcool camphré*. A l'intérieur, on donna *le nitre, l'oxymel scillitique, les décoctions de chiendent, de petit houx, de pariétaire, édulcorées avec le sirop des cinq racines*. Le malade ne prit d'autre nourriture que des *crêmes de riz et quelques bouillons gras*. Au bout de quinze jours de ce traitement, les urines commencèrent à devenir beaucoup plus abondantes ;

dès lors l'ascite diminua rapidement ; bientôt on n'en trouva plus aucune trace, et le malade quitta l'hôpital dans un état parfait de santé.

Dans une des observations de péritonites aiguës terminées par la mort, qui ont été précédemment citées, on doit se rappeler qu'on ne trouva d'autre état morbide dans le péritoine qu'une collection séroso-sanguinolente, sans aucune autre trace d'inflammation de cette membrane. Il est vraisemblable que, dans le cas actuel, on n'eût non plus trouvé dans le péritoine que de la sérosité. Cependant les symptômes qui en avaient précédé l'accumulation, et ceux qui persistèrent pendant les premiers temps de l'existence de cette ascite; notamment les douleurs abdominales et la fièvre, prouvent que le point de départ de la collection séreuse était réellement une péritonite. Ainsi, à la suite d'une violence extérieure qui agit sur une articulation et l'irrite, on voit chez l'un se former un dépôt purulent, une carie des os, etc., et chez l'autre une simple hydarthrose ; ainsi, dans les volumes précédents, nous avons cité des exemples de pleurésies et de péricardites terminées par un hydrothorax et une hydropéricarde. Ainsi, de deux arachnitis révélées par des symptômes pareils en nature et en intensité, l'une se termine par formation de pus, par épaississement des membranes, etc., et l'autre par simple épanchement d'une sérosité limpide dans les ventricules. Dans ces différents cas, la terminaison de la maladie est différente ; mais le point de départ a été le même. Aussi, dans le traitement, est-ce ce point de départ qu'il faut souvent mettre en première ligne ; de là, la grande utilité des émissions sanguines hardiment et abondamment pratiquées dans beaucoup de cas d'hydropisies dites actives. Mais, dans ces maladies, il arrive une époque où la période inflammatoire est passée, et où la collection séreuse ne reste plus que comme un corps étranger qu'il s'agit de faire sortir de l'économie ; les émissions sanguines, qui étaient d'abord le moyen principal de traitement, ne sont plus alors que d'un emploi très-secondaire, et il faut avoir recours à d'autres agents thérapeutiques, tels que ceux qui ont été mis en usage avec succès dans l'observation qu'on vient de lire. On peut voir en même temps comment l'on s'opposa à tout retour d'inflammation, en pratiquant de temps en temps de petites saignées locales, en même temps qu'un certain nombre de substances stimulantes étaient appliquées sur la peau, introduites dans les voies digestives, et portées dans le sang.

Avant de terminer ces réflexions, j'appellerai encore l'attention sur le début de la maladie, sur cet état général qui précéda de vingt-quatre heures l'apparition de la première douleur péritonéale, et pendant la durée duquel aucun symptôme ne révélait en particulier la souffrance d'aucun organe. Rien de plus commun qu'un pareil début dans un grand nombre de cas d'inflammations aiguës; et alors il faut admettre de deux choses l'une : ou bien il n'y a d'abord que trouble général de la circulation et du système nerveux, et la localisation ne survient que plus tard; ou bien la lésion locale, d'abord latente, ne se manifeste que par les sympathies qu'elle met en jeu. Cela peut être vrai pour certains organes qui, même lorsqu'ils sont violemment enflammés, n'annoncent leur affection que par des symptômes locaux peu tranchés; tel est souvent le cas de la membrane muqueuse gastro-intestinale : mais cela peut-il aussi être admis pour les membranes séreuses dont le plus léger degré de phlegmasie est signalé par de la douleur, et dont les sympathies sont au contraire peu actives? On ne doit donc admettre, en pareil cas, l'existence primitive d'une lésion locale, annoncée seulement par des symptômes généraux, que comme un fait possible, mais non démontré; et l'on est tout aussi fondé à admettre alors un état fébrile, indépendant de tout état morbide local, précédant celui-ci, et le préparant, en quelque sorte, de même qu'une pareille fièvre précède, par exemple, chez les nouvelles accouchées, la congestion mammaire et la sécrétion du lait.

XVe OBSERVATION.

Accouchement laborieux. Symptômes successifs ou simultanés de métrite, de péritonite, de gastro-entérite et d'arachnitis. Guérison.

Une femme de 27 ans accoucha d'un enfant à terme le 10 avril 1822. Le travail fut très-douloureux; jusqu'au sixième jour, tout paraît s'être passé comme dans l'état normal. Le septième jour, les lochies se supprimèrent, les seins s'affaissèrent tout à coup, un grand frisson se déclara et fut bientôt suivi d'une chaleur brûlante. Les huitième, neuvième et dixième jours, mêmes symptômes; sentiment de pesanteur vers l'hypogastre. Nous vîmes la malade pour la première fois le onzième jour de son accouchement, le cinquième de l'apparition des accidents. Alors, la face était pâle et tirée, les yeux entourés d'un cercle bleuâtre très-considérable; les lochies ne coulaient plus depuis cinq jours. L'abdomen était souple et indolent. Au-dessus du pubis, on sentait une tumeur pyriforme, dont l'axe était parallèle à la symphyse, et qui paraissait être l'utérus; la pression sur cette tumeur y excitait la douleur. Le col utérin était tuméfié, mollasse, brûlant, et très-sensible au toucher. La malade disait éprouver une sorte de fatigue très-pénible dans les aînes, et surtout dans la droite. Il y avait une forte fièvre.

Les fonctions digestives ne présentaient d'autre altération qu'un peu d'amertume de la bouche et de blancheur de la langue. Cette malade fut regardée comme atteinte d'une métrite aiguë. (*Saignée du bras de douze onces; vingt sangsues à la vulve, fumigations émollientes, dirigées vers le col utérin; bain tiède; diète.*) Le lendemain, sixième jour, même état. (*Simples tisanes délayantes*). Quelques heures après la visite, l'hypogastre devient le siége d'une vive douleur, qui bientôt s'irradie à divers points de l'abdomen, et qui le soir en occupe la totalité. Le septième jour, nous trouvons les différents signes rationnels d'une péritonite : ventre tendu, très-douloureux spontanément, et le devenant encore davantage par le simple contact; nausées, pouls d'une fréquence extrême et moins fort que les jours précédents; peau sèche et brûlante (*Trente sangsues sur l'abdomen*). Dans la journée, on observe plusieurs vomissements d'une bile porracée. Le huitième jour (deuxième de l'invasion de la péritonite), les mêmes symptômes existent, et il y a, de plus, un ballonnement considérable du ventre qui paraît surtout dépendre de la distention du colon transverse par des gaz. (*On prescrit vingt nouvelles sangsues sur l'abdomen, et un lavement émollient avec addition de six autres gouttes d'huile essentielle d'anis; fomentations émollientes sur l'abdomen; eau de veau émulsionnée*).

Le neuvième jour, l'abdomen était moins tendu et beaucoup moins douloureux, cependant il l'était encore assez pour empêcher de reconnaître par le palper l'état de la tumeur hypogastrique. Mais de nouveaux symptômes annonçaient l'invasion d'une nouvelle phlegmasie, celle de la membrane muqueuse gastro-intestinale : en effet, la langue, naturelle à peu près jusqu'alors, était devenue rouge et lisse; une soif ardente s'était allumée, et plusieurs selles liquides, dont chacune était précédée d'une douleur de colique que la malade distinguait bien de ses douleurs péritonéales habituelles, avaient eu lieu pendant la nuit. (*Quinze sangsues à l'anus; tisane d'orge gommée; continuation de la diète*).

Les dixième et onzième jours, sécheresse de la langue, fuliginosité des dents; gerçures et saignement continuel des lèvres; diarrhée abondante; fièvre intense; chaleur âcre à la peau : pendant ce temps, diminution graduelle des symptômes de péritonite. Le onzième jour, *deux vésicatoires furent appliqués aux jambes*. Dans la soirée, une quinzaine d'heures après l'application des vésicatoires, la malade se plaignit, pour la première fois, d'une forte céphalalgie frontale, et la nuit elle délira.

Le douzième jour, la langue était sèche comme un morceau de parchemin; le délire continuait; la malade prononçait des paroles sans suite et mal articulées : lui adressait-on une question, elle ne répondait pas; mais elle portait alors sa main à son front avec une expression de douleur. (*Dix sangsues derrière chaque oreille; cérat sur les vésicatoires.*)

Treizième et quatorzième jours, état des plus graves; mouvements convulsifs des membres; rire sardonique, alternatives d'un délire tranquille et furieux; sombre taciturnité; par intervalles, tendance au suicide; elle dit qu'elle veut se tuer, pour se punir d'un grand crime qu'elle a commis, et cherche à s'emparer de tous les objets qui l'entourent pour exécuter ce dessein. Dans d'autres instants, elle croit converser avec le diable, elle affirme qu'elle brûle dans l'enfer, etc. Ce fâcheux état persiste du quinzième au dix-septième jour. (*Des sangsues sont chaque jour appliquées derrière les oreilles*). Mais pendant ce temps, chose remarquable, la langue a repris un aspect à peu près naturel, et la diarrhée a cessé.

A dater du dix-septième jour, tout s'amende, le délire cesse, le mouvement fébrile diminue, et le vingtième jour la malade est en convalescence.

J'ai cité cette observation comme offrant un remarquable exemple de la complication de plusieurs phlegmasies, toutes très-graves, qui marchent ensemble ou se remplacent, et dont chacune est annoncée par des symptômes caractéristiques bien tranchés. Les accidents qui dépendaient de la péritonite diminuèrent dès que la gastro-entérite se manifesta ; ils disparurent lorsque cette nouvelle phlegmasie eut acquis un certain degré d'intensité. Les vomissements en particulier cessèrent, dès que la langue commença à révéler l'existence d'une gastrite ; preuve bien grande que ce symptôme à peu près constant de la péritonite ne dépend point d'un état inflammatoire de la membrane muqueuse de l'estomac. La langue devint plus sèche à la suite de l'application des vésicatoires aux jambes, et en même temps des accidents cérébraux se manifestèrent. On peut penser que dans le principe ces accidents étaient purement sympathiques de l'affection gastro-intestinale ; mais plus tard, les signes de cette dernière s'effacèrent, la langue reprit son aspect naturel, la diarrhée cessa, et cependant les symptômes de méningite persistèrent ; c'est même alors qu'ils présentèrent leur maximum d'intensité.

Chez cette malade, il fallait qu'il y eût une bien grande force de résistance aux causes de destruction qui agissaient sur elle : une seule des inflammations dont elle fut atteinte eût suffi pour entraîner rapidement au tombeau beaucoup d'autres individus? elle les supporta toutes et guérit.

SECTION II.

PÉRITONITES CHRONIQUES.

Ce n'est qu'en recueillant ou en lisant des observations que l'on peut apprendre réellement à connaître les formes infiniment variées que peut revêtir l'inflammation chronique du péritoine. Il y a, à la vérité, des cas où l'on observe encore à peu près les mêmes symptômes que ceux qui signalent l'existence de la péritonite aiguë : mais d'autres fois ces symptômes disparaissent : ainsi, il y a des péritonites chroniques qui ne sont douloureuses qu'à leur début ; il y en a d'autres qui n'ont jamais donné lieu à la moindre douleur, semblables en cela à certaines

pleurésies, dont il a été question dans un autre volume de cet ouvrage, qui naissent, se développent, se terminent par la formation de vastes collections purulentes, sans qu'aucune douleur ait jamais été ressentie par les malades. Il y a d'autres péritonites chroniques dans lesquelles l'abdomen conserve toute sa souplesse, et si en même temps il n'y a pas de douleur, l'inflammation du péritoine doit être presque nécessairement méconnue. Dans certains cas, le début de la maladie a bien été une péritonite; mais plus tard on ne trouve plus que les symptômes d'une simple ascite. En raison de la disposition variée des fausses membranes, les parois abdominales peuvent présenter de remarquables anomalies dans leur forme; le mouvement fébrile peut être continu, n'exister que par intervalles, ou ne pas se montrer du tout; la péritonite chronique se trouve encore notablement modifiée, dans sa marche et dans ses symptômes, par les diverses maladies qui peuvent la compliquer, et qui ont leur siége ou dans l'abdomen, telles que diverses affections du tube digestif ou du foie, ou hors de cette cavité, telles que plusieurs maladies du poumon et des dépendances. Dans le péritoine chroniquement enflammé, se développent fréquemment diverses productions accidentelles, et spécialement des tubercules; là mieux qu'en beaucoup d'autres organes, on peut suivre la formation de ces corps, remonter à leur étiologie, découvrir leur nature. Les diverses formes que peut affecter la péritonite chronique étant déterminées, il reste encore à rechercher quel est le meilleur traitement qui lui convient, et comment ce traitement doit être modifié suivant les circonstances. Dans les observations ci-dessous consignées, je vais essayer de faire ressortir et de mettre sous les yeux des praticiens quelques-uns des points les plus importants de l'histoire de la péritonite chronique. S'ils ont vu les faits dont je vais les entretenir, ils en reliront peut-être la description avec quelque intérêt; et si parmi ces faits recueillis dans un grand hôpital, il en est qu'ils n'aient point rencontrés, peut-être n'en trouveront-ils pas la lecture perdue pour leur instruction.

CHAPITRE PREMIER.

PÉRITONITES CHRONIQUES, AIGUES A LEUR DÉBUT.

XVIe OBSERVATION.

Douleur abdominale très-vive et vomissements pendant les dix premiers jours. Plus tard, disparition de tout signe d'inflammation aiguë du péritoine. Collection de pus dans la cavité de cette membrane. Entéro-colite chronique.

Une femme, âgée de 44 ans, ressentit, vers le 21 mars une vive douleur qui, partant de l'hypogastre, s'étendait jusque dans la région inguinale. Elle eut alors des nausées, des vomissements. Des sangsues appliquées en grand nombre sur le ventre la soulagèrent. Au bout de dix jours environ, les douleurs abdominales étaient notablement diminuées, mais la pression les faisait encore naître, la tension du ventre persistait; les forces ne revenaient pas. La malade resta dans cet état jusqu'au 16 mai; elle était alors dans l'état suivant : chairs flasques, pâles; maigreur voisine du marasme, faiblesse générale portée au point que la malade ne pouvait pas marcher. Les traits, tirés, exprimaient la douleur; la face avait une teinte terreuse. L'abdomen était plus développé que dans l'état naturel, mais souple; ses parois présentaient une telle flaccidité que la fluctuation ne pouvait être sentie; il n'était douloureux que lorsqu'on exerçait une pression sur l'hypogastre et sur les flancs. La langue était pâle, couverte d'un enduit jaunâtre sale; les tisanes, les bouillons provoquaient des nausées et des vomissements. Il y avait de la soif et pas le moindre appétit. Une diarrhée abondante existait depuis six semaines (*plusieurs selles dans une heure*). Le pouls était fréquent et faible; la peau chaude et sèche (*riz gommé, potion avec eau de tilleul et sirop de diacode*).

Les jours suivants, la malade s'affaiblit rapidement : la décoction blanche, le diascordium, des lavements composés de trois gros d'amidon et de vingt-quatre gouttes de laudanum, ne suspendirent pas le dévoiement. La mort eut lieu le 1er juin.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Viscères du thorax et du crâne sains.

Un liquide brunâtre, comme sanieux, remplissait le péritoine; il séparait des parois abdominales les intestins, dont plusieurs anses étaient soudées entre elles.

La fin de l'intestin grêle et le cæcum présentaient de nombreuses ulcérations.

Lorsque cette malade entra à la Charité, les symptômes de l'entérite étaient beaucoup plus prononcés que ceux de la péritonite. Le ventre n'offrait pas cette tension, cette rénitence qu'il présente ordinairement lorsque le péritoine est enflammé. Loin de là, il avait cette flaccidité qui se rencontre chez les individus qui ont passé d'un état d'embonpoint assez considérable à une grande maigreur. Cependant les circonstances antécédentes, la douleur qui se faisait sentir encore par la pression, firent penser à M. Lerminier que la phlegmasie de la séreuse, par laquelle semblait avoir débuté la maladie, s'était perpétuée à l'état chronique. L'autopsie cadavérique justifia ce diagnostic. Il était d'autant plus difficile que le dépérissement de la malade et la fièvre hectique qui la minait s'expliquaient assez par l'existence de la diarrhée chronique. C'était une de ces variétés de péritonite qui, par leurs symptômes, se rapprochent beaucoup de l'ascite. La couleur brunâtre du liquide qui remplissait la séreuse mérite aussi de fixer notre attention : il avait la plus grande analogie avec le liquide qui remplit souvent l'iléum ; aussi notre première pensée fut-elle qu'il y avait eu perforation de cet intestin, soit dans les derniers instants de la vie, soit même au moment où l'abdomen fut ouvert, par suite des tractions exercées sur les portions d'intestin ulcérées. Cependant l'on ne trouva aucune solution de continuité.

Un traitement antiphlogistique très-actif peut quelquefois arrêter la marche d'une péritonite aiguë et arracher le malade à une mort prompte; mais trop souvent alors la phlegmasie passe à l'état chronique, et si le malade n'accuse plus de douleurs, si le ventre n'est point très-tendu, l'on peut croire d'abord à une guérison complète : l'on est cruellement détrompé, lorsqu'on voit que les forces ne se rétablissent pas, qu'un petit mouvement de fièvre persiste, et que la convalescence se prolonge indéfiniment.

XVIIe OBSERVATION.

Gastro-entérite aiguë. Plus tard, douleur abdominale, d'abord passagère et mobile, puis fixe, très-vive, péritonéale. Cessation de cette douleur ; persistance de la péritonite à l'état chronique.

Un cordonnier, âgé de 19 ans, entra à la Charité dans l'état suivant : injection générale de la peau ; forte céphalalgie, pouls plein, fréquent ; bouche amère, langue blanchâtre, pointillée de rouge ; constipation ; légère sensibilité abdominale à la pression ; toux. On regarda cet état comme dépendant d'une irritation générale peu intense

des membranes muqueuses gastro-intestinale et bronchique (*saignée du bras*, *boissons émollientes*, *diète*).

Dans la journée, la céphalalgie diminua, ainsi que la fréquenee du pouls ; la peau se couvrit d'une douee moiteur ; le pointillé rouge de la langue dévint moins vif. Pendant les einq jours suivants, du 30 juillet au 5 août, fièvre très-modérée, douleurs abdominales vagues et peu intenses.

Du 5 au 12 août, la douleur fut remarquable par son extrême mobilité ; le malade la sentit tour à tour autour de l'ombilie, à l'épigastre, dans l'un et l'autre flanc, dans l'hypoeondre droit. *Douze sangsues furent deux fois appliquées sur les points douloureux :* elles enlevèrent la douleur là où elles furent placées ; mais bientôt cette douleur, semblable aux douleurs rhumatismales, reparaissait ailleurs. Le pouls était assez fréquent ; la langue avait perdu sa rougeur ; les fonctions digestives étaient à peu près dans un état naturel (*crème de riz*, *potage maigre*).

Du 12 au 20 la douleur resta fixée dans le flanc droit, mais elle était très-tolérable ; il y avait toujours une légère fréquence du pouls.

Dans la nuit du 20, cette douleur s'exaspéra tout à eoup et devint atroce. En même temps anxiété générale très-grande, dyspnée, vomissements de bile verte.

Dans la matinée du 21, le ventre, tendu, ne pouvait être pressé légèrement dans aucun de ses points, et surtout dans le flanc droit, sans que d'insupportables douleurs ne se manifestassent. Le moindre mouvement les faisait aussi naître. Le pouls, misérable, avait aequis une fréquence extrême. La peau était brûlante ; la face, pâle et grippée, exprimait l'anxiété la plus vive.

La péritonite était évidente (*saignée de deux palettes. Trente sangsues sur le flanc droit. Fomentations émollientes sur la totalité de l'abdomen. Tisane de graine de lin. Diète absolue*). Dans la soirée aucun soulagement n'avait eu lieu.

22 août. Augmentation de la tension du ventre, douleurs aussi vives ; aspect naturel de la langue, pas de selles depuis quarante-huit heures (*saignée de deux palettes ; trente nouvelles sangsues sur l'abdomen* ; *fomentation. Potion composée de deux onces d'huile d'amendes douces*, *une once d'huile de ricin, et deux onces de sirop de capillaire*). Cinq selles eurent lieu jusqu'au lendemain matin.

23. Amélioration sensible. Face plus calme ; ventre moins douloureux ; pouls relevé et moins fréquent (*vingt sangsues sur l'abdomen*, *fomentations*, *potion huileuse*).

24. La pression ne causait plus que peu de douleur, la tension du ventre persistait ; fluetuation obscure. Plusieurs selles dans la nuit, fièvre peu intense (*vingt sangsues sur l'abdomen. Tisane d'orge*).

Les jours suivants, la douleur abdominale disparut complétement, mais le ventre resta tendu. Le pouls, sans fréquence le jour, s'accélérait le soir ; et la nuit il y avait de la sueur. Le malade resta dans cet état jusqu'au 16 septembre. Pendant ce temps, il ne prit pour tout aliment que plusieurs potages par jour. Le 17 septembre, il voulut quitter l'hôpital, ayant tous les symptômes d'une péritonite chronique : il ne pouvait pas se persuader qu'il fût encore malade, et si ses forees ne se rétablissaient pas, il n'en accusait que le régime sévère auquel il était soumis.

L'inflammation du péritoine débuta, chez cet individu, comme nous avons vu souvent commencer plusieurs pleurésies. Des douleurs vagues se firent sentir successivement dans plusieurs points de l'abdomen, sans qu'aucun symptôme grave les accompagnât d'abord. C'est ainsi que des

épanchements pleurétiques sont quelquefois précédés par des douleurs légères, mobiles, dites rhumatismales; et qui ne semblent avoir aucun rapport avec une phlegmasie de la plèvre. Deux applications de sangsues ne firent que déplacer la douleur. C'est au milieu de cet état, qui ne présentait rien d'alarmant, que les symptômes d'une péritonite générale aiguë se manifestèrent tout à coup; ils cédèrent à un traitement anti-phlogistique très-actif, qui eut l'avantage d'être employé dès l'instant de leur apparition : l'administration de *l'huile de ricin* parut aussi être utile dans ce cas. Lorsqu'eurent cessé ces symptômes de la période aiguë, le malade se crut guéri; mais la persistance de la tension de l'abdomen, la fluctuation obscure qui s'y faisait sentir, le retour du mouvement fébrile chaque soir, étaient pour nous le sûr indice que l'inflammation du péritoine, non résolue, avait passé à l'état chronique.

XVIIIe OBSERVATION.

Douleur abdominale au début; plus tard, abdomen complétement indolent. Tension des parois abdominales; *soudure* des anses intestinales, appréciable par le palper à travers les parois de l'abdomen. Épanchements purulents cloisonnés dans le péritoine. Rectite.

Une femme, âgée de 20 ans, accouchée pour la première fois un an avant son entrée à l'hôpital, était dans un très-bon état de santé lorsqu'un jour, en quittant son lit, elle ressentit une vive douleur dans le flanc droit : une application *de sangsues* diminua cette douleur, mais ne la fit pas disparaître. Pendant les douze jours suivants elle se fit sentir d'une manière obscure; la malade continua d'ailleurs sa manière de vivre ordinaire; mais au bout de ce temps, la totalité de l'abdomen se tuméfia et devint très-douloureuse. Entrée le 21 mars à la Charité, on lui appliqua immédiatement *trente sangsues sur l'abdomen;* elles enlevèrent la douleur.

Le lendemain matin, 22, l'abdomen restait tuméfié, mais indolent, si ce n'est à la région hypogastrique, où la pression occasionnait de la douleur; vomissements depuis trois jours; langue ordinaire; constipation; pouls très-fréquent, serré; peau peu chaude (*trente sangsues sur l'hypogastre, trois demi-lavements avec l'huile d'amandes douces, potion avec l'huile de ricin, tisane de lin*).

Du 23 au 28, l'abdomen devint complétement indolent, mais il devint de plus en plus dur, tendu, comme bosselé; en le palpant, nous crûmes sentir les intestins soudés et ne formant plus qu'une seule masse. Le pouls était fréquent et faible; un peu de diarrhée existait.

Du 1er avril au 22 du même mois, les symptômes du côté du péritoine restèrent les mêmes; mais une abondante diarrhée s'établit. La malade s'affaiblit de plus en plus : la langue et les lèvres étaient d'une pâleur remarquable. La malade paraissait s'éteindre insensiblement, sans qu'il y eût, à proprement parler, de réaction fébrile.

Vers la fin du mois d'avril, la respiration, libre jusqu'alors, s'embarrassa, et après deux jours de râle trachéal la malade succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les intestins sont unis entre eux par une foule de petites brides celluleuses. Celles-ci, en plusieurs points, circonscrivent des épanchements purulents qui forment comme autant d'abcès isolés. Les cloisons qui constituent les parois de ces abcès sont d'un rouge noirâtre ; l'excavation du petit bassin, la fosse iliaque droite et du flanc du même côté sont remplis d'une grande quantité de pus verdâtre. A gauche de l'utérus, on trouve une poche purulente capable d'admettre une orange, qui paraît s'être developpée dans l'épaisseur du ligament large de ce côté.

La membrane muqueuse gastrique est molle, et parsemée de lignes rougeâtres dans la portion splénique.

Blancheur et bonne consistance de la membrane muqueuse de l'intestin grêle et du gros intestin, jusqu'au rectum exclusivement. Le gros intestin est rempli de matières fécales dures. La membrane muqueuse du rectum présente seule des plaques rouges nombreuses, et cet intestin contient des matières liquides.

État sain des organes du thorax et du crâne ; l'engouement du poumon n'est pas aussi considérable qu'on aurait pu le présumer d'après l'embarras de la respiration et le râle qui avait eu lieu dans le dernier temps de la vie.

Trois périodes nous sont offertes dans cette maladie, sous le rapport des symptômes de péritonite. D'abord, on observe une douleur peu intense, que n'accompagne aucun autre phénomène morbide, et qui ne paraît annoncer rien de grave : c'est une semblable douleur, par exemple, qui précède souvent chez les femmes l'apparition des règles. Cependant, ce symptôme, si léger en apparence, est comme le précurseur des accidents les plus graves : cette douleur qui semblait ne se rattacher à rien, qui n'était pas assez considérable pour empêcher la malade de vaquer à ses occupations habituelles, se transforme, au bout d'un certain temps, en une douleur qui revêt tous les caractères des douleurs péritonéales, et alors seulement se manifestent les autres symptômes de la péritonite aiguë. Ces symptômes disparaissent promptement à la suite d'une abondante émission sanguine, et alors commence la troisième période, celle pendant laquelle la maladie du péritoine se montre sous sa forme chronique. Seule elle eût suffi sans doute pour entraîner lentement la malade au tombeau ; mais sa mort fut encore hâtée par l'abondante diarrhée qui s'établit. L'altération organique qui entretenait celle-ci avait un siége bien circonscrit, elle ne résidait que dans le rectum ; partout ailleurs l'intestin était exempt d'altérations appréciables.

Les lésions trouvées dans le péritoine attestent la forme chronique de l'inflammation de cette membrane. On remarquera ces brides nombreuses constituées par un tissu cellulaire dense, et déjà bien organisé, quoique la maladie ne fût pas encore de date bien ancienne. On notera aussi les abcès multipliés, dont les brides celluleuses constituaient les parois, et de plus cet abcès sous-muqueux, formé dans l'épaisseur de l'un des ligaments larges. En pareil cas, on conçoit qu'il doit être impossible de percevoir la fluctuation. Les cloisons nombreuses qui emprisonnent le pus dans autant de loges distinctes y opposent un véritable obstacle.

XIXe OBSERVATION.

Douleurs abdominales au début, mais peu vives, continuant plus tard à se faire obscurément sentir par une forte pression. Diarrhée. Tubercules dans le péritoine, le péricarde et le poumon, perforation de l'iléum opérée de dehors en dedans.

Un tailleur, âgé de 24 ans, fut pris, sans cause connue, au commencement du mois de décembre 1821, de douleurs abdominales que la pression augmentait, mais qui ne furent jamais très-vives; il avait en même temps du dévoiement. Il garda la chambre pendant trois semaines, puis il entra à la Charité le 5 janvier 1822. Il offrait alors l'état suivant :

Maigreur générale; face pâle, fatiguée; abdomen tendu, ballonné au-dessus de l'ombilic, présentant une fluctuation obscure au-dessous de ce point, n'étant douloureux que par une pression un peu forte, principalement vers le flanc gauche, selles fréquentes (*sept à huit en vingt-quatre heures*), semblables à de l'eau colorée en jaune, précédées souvent de coliques. Langue rouge vers la pointe, blanchâtre dans le reste de son étendue; anorexie; vomissements de temps en temps; pouls fréquent et petit; toux légère, respiration libre : l'auscultation et la percussion ne font reconnaître rien d'insolite dans les organes thorachiques. Nous regardâmes comme non douteuse l'existence d'une double inflammation chronique du péritoine et de la membrane muqueuse gastro-intestinale (*quarante sangsues à l'anus; fomentations émollientes sur l'abdomen, tisane d'orge; julep; diète*).

Jusqu'au lendemain matin, le malade ne ressentit aucune colique et n'alla point à la selle.

Les cinq ou six jours suivants, le dévoiement ne reparut pas; mais aucune amélioration n'avait lieu sous le rapport de la péritonite : le pouls était d'une fréquence extrême. On permettait l'usage de quelques crèmes de riz et de bouillons.

Pendant le reste du mois de janvier, l'abdomen se tuméfia de plus en plus; il pouvait être pressé sans douleur. Il n'y avait qu'une selle tous les deux jours. Le pouls était habituellement fréquent, la peau d'une aridité remarquable; les forces diminuèrent. Le malade vomissait de temps en temps une petite quantité de bile; la langue avait un aspect naturel.

Vers le commencement du mois de février, la toux augmenta, et un peu d'oppression commença à se faire sentir. La poitrine percutée de nouveau à cette époque, résonnait bien partout; la respiration s'entendait partout sans râle. Le pouls était d'une faiblesse extrême; le marasme était porté au dernier degré; des sueurs avaient lieu la nuit,

Le 14 février, le malade eut encore un vomissement. Dans la matinée du 15, bien que très-faible, il rendait parfaitement compte de son état ; il expira, sans agonie, quelques heures après la visite. Jusqu'à la mort l'abdomen resta parfaitement indolent.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les parois abdominales adhéraient fortement aux intestins. Un liquide d'un gris brunâtre, ayant l'aspect et odeur des matières stercorales liquides, existait dans le péritoine.

Les anses de l'intestin grêle, réunies en une seule masse, étaient soudées entre elles et recouvertes par des fausses membranes épaisses, d'un noir foncé, au milieu desquelles existaient de nombreux tubercules. Au-dessous de ces membranes, l'on trouvait le péritoine non injecté, mince et transparent comme dans son état ordinaire. Dans le tissu cellulaire interposé entre lui et la tunique charnue des intestins, s'était aussi développé un grand nombre de tubercules ; plusieurs, en se ramollissant, avaient détruit la portion du péritoine qui les recouvrait, et de là résultait un ulcère dont le fond était formé par la membrane musculaire, et les bords par la tunique séreuse irrégulièrement découpée. En d'autres points, la membrane charnue était elle-même détruite, et le fond de l'ulcère n'était plus formé que par la seule membrane muqueuse restée saine. Enfin, à cinq ou six travers de doigt au-dessus de la valvule iléo-cœcale, la membrane muqueuse avait été détruite à son tour, et la perforation de l'intestin en avait été le résultat. Un petit pois aurait pu passer à travers cette ouverture ; ses bords étaient exactement circulaires.

La membrane muqueuse gastro-intestinale était partout blanche, d'épaisseur et de consistance ordinaires.

Le sommet du poumon droit contenait quelques tubercules crus, séparés par un tissu pulmonaire sain.

Le feuillet séreux du péricarde qui tapisse la membrane fibreuse adhérait, dans la plus grande partie de son étendue, au feuillet qui recouvre le cœur ; de fausses membranes épaisses, blanches, les unissaient. L'intérieur de ces pseudo-membranes était parsemé de nombreux tubercules.

Les douleurs qui marquèrent le début de cette péritonite furent moins vives que celles que nous avons vues exister dans les observations précédentes : à une époque plus avancée de la maladie, elles devinrent tout à fait nulles ; et cependant on peut voir, par les détails de l'ouverture du cadavre, combien étaient graves les désordres organiques du péritoine. Le mode de perforation de l'intestin, effectuée de dehors en dedans, est digne de remarque.

L'application de quarante sangsues à l'anus fit cesser une diarrhée dont la date était déjà assez ancienne.

XXe OBSERVATION.

Péritonite chronique tuberculeuse, avec légères douleurs au début seulement. Ascite avec infiltration de la face et des membres abdominaux. Ulcérations intestinales. Phthisie pulmonaire.

Un cordonnier, âgé de 19 ans, ressentit, vers la fin du mois de mai 1822, une douleur abdominale qui, bien qu'assez vive, ne l'empêcha pas de continuer à travailler ; mais bientôt il fut obligé de se mettre au lit chaque après-midi. Cette douleur augmentait par la pression, et quand il marchait. Le malade ne vomissait pas et n'avait pas

de dévoiement ; il toussait beaucoup, s'affaiblissait, et avait de la fièvre chaque soir. Depuis le milieu du mois de juillet, une diarrhée abondante est survenue.

Lors de son entrée à la Charité, vers le 12 août, il présenta l'état suivant : face pâle, un peu bouffie ; légère infiltration du pourtour des malléolles ; douleur autour de l'ombilic, augmentant par une pression un peu forte ; ventre tuméfié, présentant une fluctuation manifeste ; trois ou quatre selles liquides en vingt-quatre heures ; toux légère et sèche ; pouls fréquent, petit ; sueur chaque matin ; maigreur considérable des membres et des parois thorachiques.

Pendant le cours du mois d'août, à l'aide d'un régime doux et de fomentations émollientes sur l'abdomen, la douleur disparut complétement ; mais la toux augmenta, la diarrhée persista, le pouls ne perdit pas sa fréquence, les sueurs devinrent plus abondantes, la faiblesse et le marasme firent de rapides progrès. Le malade succomba le 31 août à sept heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE

13 *heures après la mort.*

Tête. Arachnoïde dans son état ordinaire ; ventricules contenant chacun une bonne cuillerée à bouche de sérosité limpide.

Poitrine. Son diamètre vertical était considérablement diminué par le refoulement du diaphragme en haut. Le cœur, dans son état physiologique, nageait au milieu d'un grand verre de sérosité limpide. Les poumons adhéraient fortement aux parois thorachiques. Le lobe supérieur du poumon gauche était comme transformé en matière tuberculeuse, de telle sorte qu'on voyait à peine quelque trace du paranchyme pulmonaire. Au sommet, existait une cavité capable de loger une noix. Le lobe inférieur du poumon gauche et tout le poumon droit étaient parsemés de tubercules miliaires. Le tissu pulmonaire qui les séparait était sain et crépitant.

L'ouverture de l'abdomen donna issue à près d'un seau de sérosité citrine. On trouva l'épiploon racorni et formant une masse épaisse qui, en haut, était appliquée et fixée sur le colon transverse, et en bas embrassait la masse des intestins grêles : il contenait un grand nombre de tubercules miliaires. De cette masse se détachaient une foule de prolongements membraneux, remplis également de tubercules, et qui allaient se terminer soit au mésentère, soit à diverses portions d'intestin : les intestins étaient eux-mêmes réunis par des fausses membranes dans lesquelles s'étaient aussi développés des tubercules. Au centre du mésentère existait une tumeur volumineuse, formée par l'agglomération de plusieurs ganglions lymphatiques tuberculeux.

La surface interne de l'estomac était très-blanche, un peu brune vers le pylore ; la surface interne de l'intestin grêle était partout très-pâle. Vers la fin de l'iléum, existaient quelques plaques de points noirs ; au milieu de ces plaques, la muqueuse était soulevée par de petits tubercules, crus, du volume de la tête d'une épingle. Immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cœcale existait une ulcération à bords blancs et non élevés ; le fond, égalcment blanc, était formé par la tunique charnue. Au-dessous de la valvule étaient creusées deux ou trois ulcérations, semblables à la précédente ; la valvule elle-même était le siége d'une ulcération qui l'avait perforée et l'avait transformée en une sorte de pont : de nombreux tubercules la recouvraient.

Ici, la douleur est encore moins marquée que dans le cas précédent ;

elle existe d'abord sans autre symptôme grave, et n'est pas assez vive pour obliger le malade à suspendre même ses pénibles occupations. Plus tard, elle disparaît complétement, et l'on n'observe plus autre chose que les symptômes d'une simple ascite, compliquée d'entérite chronique et d'une affection tuberculeuse des poumons. Cependant il n'y avait pas seulement de la sérosité dans le péritoine; on y trouva des traces non douteuses d'un ancien travail phlegmasique, et au milieu des produits de celle-ci s'étaient développés des tubercules. Dans cette observation, comme dans la précédente, l'existence de ces tubercules dans le péritoine et dans d'autres séreuses coïncidait avec l'existence de tubercules dans le parenchyme pulmonaire.

Nous ferons remarquer la décoloration complète de la membrane muqueuse intestinale, malgré les ulcérations qui la parsemaient : ces ulcérations elles-mêmes étaient blanches dans leur fond et sur leurs bords.

XXIe OBSERVATION.

Ascite précédée par des douleurs de péritonite aiguë. Résorption spontanée de l'épanchement coïncidant avec un flux copieux d'urine. Guérison complète.

Un scieur de long, âgé de 64 ans, jouit d'une bonne santé jusque vers le mois d'avril 1822. A cette époque, il entra à l'Hôtel-Dieu pour une blessure au pied. Huit jours après son entrée, il ressentit de vives douleurs abdominales, que la pression exaspérait; puis l'abdomen augmenta peu à peu de volume. Il quitta l'Hôtel-Dieu, guéri de sa plaie, mais avec une énorme ascite. Peu de temps après il entra à la Pitié, où un grand nombre de sangsues furent inutilement appliquées sur les parois abdominales : il en sortit, sans avoir été soulagé, vers le 15 juin. Le 20 du même mois, les jambes commencèrent à s'œdématier pour la première fois; au bout de quatre ou cinq jours, l'enflure gagna les cuisses, puis le scrotum. La malade entra à la Charité le 29 juin.

A cette époque, les parois abdominales étaient distendues par une quantité considérable de liquide dont le flot se faisait très-facilement sentir. Les jambes, les cuisses et les bourses étaient médiocrement infiltrées. La gêne légère de la respiration paraissait uniquement dépendre du refoulement du diaphragme. Les battements du cœur ne présentaient rien d'insolite; le pouls, sans fréquence, était de force ordinaire. L'appétit était médiocre, la soif nulle, les selles de bonne nature, les urines rares et sédimenteuses.

En ayant égard aux circonstances antécédentes, on pouvait présumer que l'ascite avait succédé à une phlegmasie du péritoine (*tisane d'orge nitrée*, *frictions avec la teinture de digitale, quart*).

Ce malade resta dans le même état jusque vers la moitié du mois d'août; puis, sans qu'aucun changement eût eu lieu dans le traitement, ses urines devinrent tout à coup très-abondantes, et en même temps l'hydropisie diminua rapidement. L'urine continua à couler ainsi, et l'hydropisie à diminuer jusqu'à la fin du mois. Le 29, les membres,

non plus que l'abdomen, ne présentaient plus aucune trace d'épanchement séreux. Le malade sortit bien portant le 31 du mois d'août.

Dans cette observation, comme dans les précédentes, des douleurs, qui paraissent dépendre d'une inflammation du péritoine, marquent le début de la maladie ; puis ces douleurs disparaissent complétement. Mais ici, il ne reste plus rien qui annonce une phlegmasie péritonéale, et l'on n'observe plus autre chose qu'une simple hydropisie. Vainement opposa-t-on à celle-ci l'application d'un grand nombre de sangsues sur l'abdomen ; au contraire, elle disparut en même temps que s'établit spontanément un flux copieux d'urine.

CHAPITRE II.

PÉRITONITES CHRONIQUES DÈS LEUR DÉBUT.

XXII[e] OBSERVATION.

Ascite survenue sans douleur. OEdème des membres. Sérosité trouble, floconneuse, dans le péritoine. Squirrhe de l'estomac et du colon.

Un couverturier, âgé de 60 ans, commença à ressentir quelques troubles dans les fonctions digestives, deux ans avant son entrée à la Charité ; il n'éprouva jamais aucune douleur à l'épigastre, et sept mois seulement avant l'époque où nous le vîmes, il a commencé à vomir.

Lorsque ce malade fut soumis à notre observation, il était dans le marasme ; la face était très-pâle : la plupart des aliments qu'il prenait étaient vomis plusieurs heures après leur introduction. L'anorexie était complète ; beaucoup de rapports aigres avaient lieu ; la langue était couverte d'un enduit jaunâtre épais ; il y avait une constipation opiniâtre.

A l'époque de l'entrée du malade, des *sangsues furent appliquées avec succès sur l'épigastre*, et quelques jours plus tard on y plaça *un moxa*. A la suite de l'application de ce tonique, les symptômes gastriques parurent d'abord s'améliorer ; les vomissements en particulier devinrent rares ; mais bientôt l'abdomen commença à se tuméfier, et l'existence d'un épanchement péritonéal ne tarda pas à être évident. En même temps, les vomissements, les aigreurs se montrèrent comme avant l'application du moxa.

Un mois après l'apparition de l'ascite, les membres inférieurs commencèrent à s'œdématier. Il y avait toujours apyrexie. Les vomissements devinrent de plus en plus fréquents; le malade se plaignait d'éprouver des régurgitations continuelles, il ne prenait pour toute nourriture que des bouillons. Il s'affaiblissait de jour en jour, il urinait très-peu, ne suait jamais, le pouls présentait de temps en temps une légère fréquence; la langue, qui avait été longtemps celle d'un homme qui jouit d'une santé parfaite, rougit et se sécha; dès lors, pouls fréquent et très-petit, obscurcissement de l'intelligence, état adynamique. Mort. L'abdomen, très-tuméfié jusqu'au dernier moment, n'avait jamais été douloureux.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Sérosité trouble dans le péritoine, contenant des flocons albumineux, qui existent surtout en grande quantité vers l'hypocondre gauche. Injection de la membrane muqueuse gastrique vers le grand cul-de-sac : dans l'étendue de deux travers de doigt en deçà du pylore, cette membrane n'existe plus; l'ulcère qui résulte de sa destruction présente un fond brunâtre, formé par le tissu lamineux considérablement épaissi, induré (squirrhe). Dans ce même espace, on ne trouve plus de traces de la tunique musculaire; le pylore, considérablement rétréci, ne peut pas admettre l'extrémité du petit doigt. Le reste du tube digestif est sain, si ce n'est en un point du colon transverse, ayant environ trois pouces de long sur un de large, où la muqueuse, comme froncée sur elle-même, présente plusieurs petites franges noirâtres qui semblent résulter de ce froncement. Au-dessous d'elle, le tissu lamineux présente un aspect squirrheux semblable à celui du pylore.

Nul doute, d'après la nature des lésions trouvées sur le cadavre, qu'une péritonite n'ait existé chez cet individu. Cependant cette inflammation n'avait été annoncée par aucune douleur, soit à son début, soit pendant son cours : tout semblait porter à penser que la tuméfaction du ventre était le résultat d'une simple ascite, dite essentielle.

Cette péritonite, si complétement indolente, survint comme complication vers la dernière période de l'affection de l'estomac; celle-ci, essentiellement chronique, repassa à l'état aigu pendant les derniers jours de la vie du malade. A cet état aigu appartenait la rougeur vive que présenta une portion de la membrane muqueuse gastrique, et pendant la vie le changement subit dans l'état de la langue qui, jusqu'alors naturelle, rougit et se sécha. En même temps que se manifesta ce symptôme de gastrite aiguë, la prostration fit de rapides progrès, et l'état adynamique au milieu duquel succomba le malade sembla bien, dans ce cas, être le résultat de la phlegmasie aiguë de l'estomac, entée sur une affection chronique de ce viscère.

Nous remarquerons enfin l'exacte similitude de la lésion organique de l'estomac et de celle du colon.

XXIIIe OBSERVATION.

Ascite survenue sans douleur ; anasarque. Épanchement rougâtre, avec fausses membranes dans le péritoine. Ramollissement du tissu du cœur.

Un homme de 63 ans entra à la Charité vers le commencement de l'année 1822. Il avait à cette époque une ascite considérable et un œdème des membres inférieurs : *il n'avait jamais ressenti aucune douleur abdominale.* Cette hydropisie existait depuis sept mois ; le malade se plaignait d'un peu d'oppression. En appliquant la main sur la région précordiale, on sentait à peine les battements du cœur ; avec le cylindre, on les entendait sans impulsion sous les deux clavicules ; le pouls était irrégulier, chaque battement du cœur était accompagné d'un léger bruit de soufflet. Pendant les quatre ou cinq mois que ce malade séjourna à l'hôpital, il resta à peu près dans le même état, puis il succomba tout à coup : la veille de sa mort, il s'était levé et promené dans les salles.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le péritoine contient une grande quantité de sérosité rougeâtre, les intestins sont partout couverts de fausses membranes épaisses et noires.

Les parois du cœur sont très-minces, et tellement molles, qu'une très-légère traction suffit pour les déchirer, et que le doigt, appuyé avec assez peu de force sur la surface extérieure du cœur, s'y enfonce avec facilité. Rougeur dans la membrane interne du cœur et de l'aorte ; elle est en contact avec du sang noir liquide ; poumons sains non engoués.

Le foie n'occupe qu'une petite partie de l'hypocondre droit ; comme le cœur, il se laisse déchirer avec la plus grande facilité.

La rate est d'une remarquable petitesse.

La péritonite est encore ici plus marquée, sous le rapport des altérations organiques, que chez le sujet de l'observation précédente ; cependant ici encore cette péritonite fut toujours complétement indolente. Certes, ce n'est pas *à priori* qu'on aurait admis que les fausses membranes épaisses qui recouvraient de toutes parts le paquet intestinal s'étaient formées sans éveiller, là où elles se produisaient, aucune espèce de sensibilité morbide.

Nous appellerons l'attention du lecteur sur le remarquable ramollissement qu'offrit chez ce sujet le tissu du cœur. Aucune autre lésion organique de ce viscère et de ses dépendances ne rendit compte et du bruit de soufflet et de l'irrégularité du pouls.

XXIVe OBSERVATION.

Ascite précédée d'anasarque ; abdomen constamment indolent et souple. Épanchement sanguinolent dans le péritoine ; fausses membranes organisées, et tubercules au milieu d'elles.

Un fumiste, âgé de 27 ans, cheveux noirs, peau brune, a joui d'une bonne santé jusqu'au mois de février 1822. Il tomba alors de quinze pieds de haut, et reçut dans sa chute un seau d'eau froide qui sécha sur lui. Le lendemain il toussa, et continua à tousser pendant deux mois. Au bout de ce temps, il crache du sang ; cette hémoptysie revint plusieurs fois; la toux persista. Vers la fin d'avril, il sentit une chaleur inaccoutumée, il commença à suer la nuit. Entré à cette époque à l'Hôtel-Dieu, il eut *cent quatre-vingts sangsues et plusieurs vésicatoires sur la poitrine.* Quand il en sortit il ne toussait plus, la respiration était libre ; mais bientôt la toux reparut : les pieds s'enflèrent d'abord, puis les membres inférieurs, et enfin le ventre. Jamais il n'a ressenti la moindre douleur dans l'abdomen.

A l'époque de son entrée à la Charité, la respiration s'entendait forte et nette en avant des deux côtes : en arrière et à droite, elle était nette ; du râle bronchique existait à gauche. Le cœur s'entendait sans impulsion, sans bruit, et régulier à la région précordiale, et un peu le long du sternum et sous la clavicule gauche ; toux fréquente, crachats de catarrhe aigu, oppression, pouls d'une petitesse remarquable, disparaissant quelquefois complétement, langue vermeille, bon appétit, une ou deux selles en vingt-quatre heures, fluctuation évidente dans le ventre, qui n'offre pas la moindre tension.

Ce malade s'affaiblit graduellement, sa respiration s'embarrassa de plus en plus, et il succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Les ventricules contenaient à peine une cuillerée à café de sérosité limpide.

Thorax. Le diaphragme était refoulé jusqu'à la quatrième côte. Le cœur était caché presque entièrement par le poumon ; le péricarde adhérait au poumon et était entouré de tissu lamineux infiltré : il adhérait au cœur à l'aide d'une fausse membrane épaisse et qui paraissait ancienne. Les parois du cœur étaient un peu amincies, ses cavités contenaient du sang fluide.

Les deux poumons, parfaitement crépitants, œdématiés dans leur partie postérieure, étaient parsemés d'un grand nombre de granulations miliaires.

Abdomen. Le péritoine contenait trois litres d'un liquide séro-sanguinolent. Le péritoine des parois abdominales était recouvert d'une fausse membrane mince, teinte en rouge par la sérosité. Il était uni aux épiploons, aux intestins et au foie par des brides celluleuses, qui formaient des loges et des cellules, les unes ayant le volume d'un œuf, d'autres, plus petites, contenant les unes de la sérosité citrine, d'autres de la sérosité sanguinolente. Le grand épiploon était ramassé en une masse épaisse, étendue d'un hypocondre à l'autre, et fixée au niveau de l'ombilic au-devant de l'arc du colon. Des prolongements membraneux la fixaient au mésentère. Dans son intérieur étaient développés une infinité de tubercules miliaires. Les intestins étaient unis par de fausses membranes dans l'intérieur desquelles existaient aussi des tubercules miliaires. Ces fausses membranes formaient les parois d'autant de loges qui contenaient des liquides différents. La muqueuse de l'estomac et des intestins présentait une légère teinte bru-

nâtre qui était plus prononcée près du cœcum. Les gros intestins étaient d'une pâleur remarquable. Le tissu sous-muqueux du colon était infiltré. Le foie était très-petit ; la rate peu développée.

Cette observation présente encore un exemple frappant de péritonite latente, développée sans aucune espèce de douleur. En voyant l'abdomen parfaitement souple, sans tension, sans rénitence, il était impossible de ne pas croire à une simple collection de sérosité. Ce qui pouvait encore induire en erreur, c'est que l'infiltration avait commencé par les membres, comme dans le cas où l'anasarque est produite par une maladie du cœur.

Le pouls, très-petit, insensible par intervalles, paraissait lié à une maladie du cœur. Nous ne trouvâmes rien qui pût nous en rendre compte.

XXVe OBSERVATION.

Entéro-colite chronique, suivie d'ascite. Résorption de celle-ci, recrudescence des symptômes de l'inflammation intestinale, et mort. Fausses membranes noires parsemées de tubercules dans le péritoine. Masse grisâtre amorphe, située au milieu de sa cavité. Ulcérations intestinales formées en dehors et en dedans.

Un tailleur, âgé de 19 ans, habitait Paris depuis un an lorsqu'il fut pris de diarrhée. Trois semaines après l'établissement de celle-ci, l'abdomen se tuméfia, et six semaines environ après l'apparition de la diarrhée, qui persistait, le malade entra à la Charité. *Jusqu'alors il n'avait ressenti aucune douleur dans l'abdomen.*

A l'époque de son entrée, les traits de la face ne paraissaient point altérés ; l'embonpoint était assez considérable, les muscles bien développés. Le ventre, tuméfié, présentait une fluctuation évidente; *il n'était douloureux d'aucune manière.* Langue blanche ; cinq à six selles liquides chaque jour. Pouls à peine fréquent, peau sans chaleur, urines rares. La poitrine, percutée, auscultée, parut être dans l'état sain.

Cet individu fut regardé comme atteint d'une phlegmasie chronique de la partie inférieure du tube digestif, avec épanchement consécutif de sérosité dans le péritoine. Le bon état de la nutrition pouvait faire espérer que la guérison aurait lieu (*dix sangsues à l'anus, fomentations émollientes sur l'abdomen, tisane d'orge gommée*).

Le lendemain, diminution du nombre des selles ; urines beaucoup plus abondantes ; apyrexie complète (*deuxième application de sangsues à l'anus*).

Les jours suivants, le dévoiement cessa tout à fait; mais l'ascite ne diminuait pas. On prescrivit des *frictions sur les membres avec la teinture de digitale.* Cette médication n'augmenta pas la sécrétion urinaire ; alors on chercha à solliciter les sueurs : *quinze grains de poudre de Dower furent donnés en deux doses à une heure d'intervalle l'une de l'autre.* Le malade sua beaucoup, pour la première fois à la suite de cette administration; les cinq jours suivants, continuation du même médicament; sueurs abondantes. On le supprime, les sueurs ne se montrent plus ; cependant la collection péritonéale ne diminuait pas. M. Lerminier essaya alors la méthode de *Sydenham* : la diarrhée n'existait plus depuis longtemps, la langue était naturelle, il y avait absence complète

de réaction fébrile et de sensibilité abdominale. On crut donc pouvoir chercher à solliciter les évacuations alvines : dans ce but, on prescrivit d'abord, pendant deux jours de suite, *deux onces d'huile de ricin et une once de sirop de nerprun, puis on donna des pilules composées de calomel et de savon.* Elles furent continuées pendant plusieurs jours : des selles nombreuses furent excitées, et en même temps l'ascite diminua au point que la fluctuation ne fut bientôt plus que très-obscure. Mais, d'un autre côté, d'autres phénomènes morbides apparurent : la fièvre s'alluma, de la toux survint, la nutrition s'altéra de plus en plus ; les selles devinrent sanguinolentes avec épreintes très-pénibles, du délire survint, et le malade succomba bientôt au milieu des symptômes d'une dyssenterie aiguë.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Une petite quantité de liquide d'un gris-brunâtre était épanchée dans le péritoine et remplissait l'excavation du petit bassin. Au-devant des vertèbres lombaires était étendue une sorte de membrane repliée et comme roulée sur elle-même, épaisse de trois à quatre lignes, d'un gris sale, présentant une de ses faces lisse, polie, l'autre rugueuse et inégale, flottante, libre de toute adhérence, au milieu de la cavité péritonéale. Était-ce là un paquet de fausses membranes? ou bien était-ce le grand épiploon qui, frappé de gangrène, était séparé du péritoine ?

Tout le paquet intestinal était recouvert par des fausses membranes épaisses, d'un noir d'ébène, parsemées de nombreux tubercules. Plusieurs de ces derniers corps existaient aussi entre la membrane séreuse et la tunique charnue des intestins; quelques-uns, ramollis, avaient donné lieu à des ulcérations, dont le fond était formé par la membrane musculaire, dans l'une d'elles par la membrane muqueuse.

La portion de membrane séreuse qui tapisse les parois abdominales était aussi recouverte par une fausse membrane noire, tuberculeuse.

Le long du bord colique de l'estomac, existaient plusieurs ganglions lymphatiques tuberculeux; on en voyait aussi quelques-uns autour du pylore.

Rien de remarquable dans l'estomac, non plus que dans la partie supérieure de l'intestin grêle. Rougeur intense de la membrane muqueuse de la fin de l'iléon et de celle du gros intestin dans toute son étendue.

État sain des autres viscères abdominaux, ainsi que des organes du thorax et du crâne.

Voilà encore un exemple d'une phlegmasie chronique des plus graves du péritoine, qui, pendant la vie, ne semblait qu'une simple ascite: elle se développe sans douleur, et n'altère pas notablement le mouvement nutritif général. Elle paraît s'être développée consécutivement à la maladie de la membrane muqueuse iléo-colique.

On peut voir ici combien fut avantageux un traitement antiphlogistique modéré pour faire promptement disparaître une diarrhée qui, abandonnée à elle-même, avait déjà duré depuis près de deux mois. En même temps que la phlegmasie intestinale subit un amendement, la sécrétion urinaire augmenta de telle sorte, que l'application des sangsues à l'anus, en

diminuant l'excès de vitalité fixé sur une partie, rétablit l'équilibre du jeu des organes, et fit ainsi l'office d'un médicament diurétique. Cependant aucun changement ne survint en même temps ou consécutivement dans l'état du péritoine; l'ascite ne diminuait pas. Les urines étaient redevenues de nouveau troubles et rares; alors on essaya la teinture de digitale en friction, qui parut n'exercer sur les reins aucune influence. On voulut ensuite établir un flux vers la peau, pour diminuer l'activité de l'exhalation péritonéale, ou même pour favoriser la résorption du liquide épanché : des sueurs furent à la vérité excitées par la poudre de Dower (et c'est même ici un des cas où son administration nous a paru plus évidemment exciter la sueur), mais la collection péritonéale ne diminua pas. C'est alors qu'en raison des motifs allégués dans le cours de l'observation, on crut pouvoir tenter la médication dite *hydragogue:* elle fut effectivement couronnée de succès, en ce sens qu'en même temps qu'un flux intestinal abondant s'établit, l'ascite diminua rapidement; mais d'un autre côté des symptômes graves apparurent: une inflammation intestinale aiguë prit naissance avec réaction sympathique sur le cœur, sur le cerveau et sur le poumon. La fièvre établie dans ce cas ne peut certainement pas être considérée comme un effort salutaire de la nature.

La nutrition fut plus altérée en quelques jours par cette inflammation aiguë de l'intestin, qu'elle ne l'avait été par la double phlegmasie chronique qui depuis deux mois avait frappé le péritoine et le tube digestif.

Il y avait chez ce sujet des tubercules dans le péritoine, sans qu'il y en eût dans le poumon, c'est-à-dire qu'ils existaient là où avait eu lieu le travail inflammatoire le plus prononcé. Il est vraisemblable que si l'individu eût vécu plus longtemps, et que la phlegmasie bronchique, qui venait de naître lorsqu'il succomba, n'eût point été enlevée, la même disposition qui avait développé des tubercules dans les fausses membranes du péritoine enflammé et dans l'épaisseur des parois intestinales, les eût aussi fait naître dans le parenchyme pulmonaire.

XXVIe OBSERVATION.

Épanchement sanguinolent dans le péritoine, formé sans douleur, consécutivement à une état tuberculeux des ganglions mésentériques (carreau). Tubercules dans les ganglions cervicaux et bronchiques, ainsi que dans le poumon. Colite.

Un tailleur, âgé de 25 ans, entra à la Charité présentant tous les symptômes qui peuvent faire soupçonner l'existence d'une phthisie pulmonaire au premier degré :

toux depuis quatre mois, amaigrissement, hémoptysies antécédentes. Les ganglions cervicaux, engorgés, formaient un volumineux chapelet sur la partie latérale droite du cou. L'abdomen était tuméfié et indolent, on n'y sentait aucune fluctuation ; les selles étaient ordinaires, le pouls fréquent, les sueurs nulles. Pendant les quinze jours suivants, l'état du malade ne subit aucun changement; puis l'abdomen prit un développement de plus en plus considérable, et la fluctuation y devint évidente. Il était d'ailleurs complétement indolent : plus tard encore, du dévoiement survint pour la première fois, et à dater de cette époque, il se montra et cessa alternativement jusqu'à la mort : dès lors le dépérissement fut rapide, une véritable fièvre hectique s'établit ; mort six semaines après l'entrée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Cerveau sain.

D'énormes ganglions lymphatiques tuberculeux entouraient dans la poitrine la trachée-artère et les bronches. Un petit nombre de tubercules crus existaient au sommet du poumon gauche, qui était sain dans le reste de son étendue. La presque totalité du lobe supérieur du poumon droit était occupée par de la matière tuberculeuse qui commençait à se ramollir en quelques points.

Abdomen. Un liquide d'un rouge foncé, semblable au sang qu'on vient de tirer d'une veine, était épanché en grande quantité dans le péritoine. La portion séreuse qui recouvre les intestins était partout d'un rouge intense; elle se détachait très-facilement des tissus subjacents. Le tissu cellulaire, intermédiaire entre elle et la tunique musculaire, était lui-même vivement injecté. Des fausses membranes, épaisses de trois ou quatre lignes, et contenant dans leur épaisseur de nombreux tubercules, revêtaient la face concave de la rate et du foie.

Le mésentère était transformé en une énorme tumeur, résultant de l'agglomération des glandes lymphatiques tuberculeuses : plusieurs avaient le volume d'une orange.

La membrane muqueuse de l'estomac et de la totalité de l'intestin grêle était partout très-pâle. La muqueuse du cœcum, des trois portions du colon et du rectum, présentait un grand nombre de plaques et de bandes rouges en rapport avec la diarrhée qui avait existé dans les derniers temps.

Les ganglions du côté droit du cou, également tuberculeux, formaient un chapelet considérable, soit sous la peau immédiatement, soit entre les diverses couches musculaires, depuis la branche de la mâchoire jusque derrière la clavicule.

Peut-on regarder l'épanchement d'un rouge intense qui existait dans l'abdomen, comme le résultat d'une véritable péritonite? n'est-ce pas plutôt une simple hémorragie, dont la nature active n'est même pas démontrée? Nous n'osons rien décider à cet égard; mais toujours est-il que cette observation fournit un intéressant exemple d'une affection tuberculeuse des ganglions mésentériques, et qu'il n'est pas prouvé que cette affection ait été précédée par un état inflammatoire des portions du tube digestif, d'où partent les vaisseaux lymphatiques qui se rendent

principalement à ces ganglions. Quant au gros intestin lui-même, ce n'est que dans les derniers temps que nous le vîmes s'affecter.

XXVIIe OBSERVATION.

Tubercules dans le péritoine; rougeur et tuméfaction du grand épiploon. Pas d'autres signes de lésion du péritoine pendant la vie, qu'un peu de tension abdominale, sans ascite. Iléite chronique compliquée par intervalles de gastrite aiguë.

Un fondeur de cuillers, âgé de 20 ans, d'une faible constitution, ayant souvent éprouvé de la misère, entra à la Charité le 12 septembre. Depuis un mois environ il avait du dévoiement; il n'avait jamais éprouvé d'autre douleur abdominale que quelques coliques avant d'aller à la selle. Pendant tout ce temps il avait continué son genre de vie habituel, portant journellement sur le dos près de cinquante livres dans une hotte. Lorsque nous le vîmes pour la première fois, il avait eu en vingt-quatre heures cinq ou six évacuations alvines. La langue était rouge et lisse, le ventre un peu tendu et indolent; le pouls était fréquent, la peau chaude; des sueurs abondantes avaient lieu chaque nuit.

La maladie avait évidemment son siége dans la muqueuse intestinale; on pouvait espérer que la phlegmasie dont cette membrane était atteinte, entretenue longtemps par un mauvais régime, cédérait à un traitement antiphlogistique (*voyez* à ce sujet l'obs. xxv). On prescrivit *vingt sangsues à l'anus, la tisane d'orge gommée, la diète.*

Dès le lendemain, amélioration sensible; aspect naturel de la langue; diminution de la diarrhée et de la fièvre. Dans la journée du 15, il n'y eut qu'une seule selle; mais le 16, sans causes appréciables, le dévoiement reparut plus abondant (*nouvelle application de sangsues*).

Cette fois, aucune amélioration ne succéda à l'émission sanguine (*tisane de riz gommée, un lait de poule, deux bouillons*).

Les jours suivants, le dévoiement persista; des sueurs eurent lieu chaque nuit. Dans la journée, la peau perdait sa chaleur; mais la fréquence du pouls ne cessait pas. Le malade commença alors à tousser un peu; il dépérissait très-rapidement (*décoction blanche de Sydenham, potion gommeuse composée, crèmes de riz, bouillons*).

Jusqu'au 28 septembre nous vîmes le malade tomber de plus en plus dans le marasme; il avait en vingt-quatre heures de quinze à vingt selles; chacune d'elles n'était précédée que d'une légère colique. D'ailleurs, dans leur intervalle, le ventre restait toujours indolent; seulement il avait un peu de tension, sans qu'il fût pourtant notablement développé; mais les parois abdominales n'étaient point rétractées et rapprochées de la colonne vertébrale, comme elles le sont dans le marasme.

Un large vésicatoire fut appliqué sur l'abdomen. Le dévoiement diminua pendant quelques jours, puis il reparut aussi abondant. Le mouvement fébrile était continuel. De temps en temps la langue rougissait, et quelques nausées se manifestaient.

Dans les premiers jours d'octobre, on substitua aux boissons adoucissantes *la décoction de ratanhia* (*une once pour une pinte d'eau*), *avec addition de deux onces de sirop de coing*. Dès le second jour de ce nouveau traitement, la langue rougit et se sécha, des vomissements survinrent : on reprit l'usage des émollients. Mais le malade, parvenu au dernier degré du marasme et de la faiblesse, succomba, sans agonie, le 15 octobre.

OUVERTURE DU CADAVRE.

État sain des organes du crâne et du thorax ; légère rougeur de la muqueuse gastrique aux environs du cardia ; pâleur remarquable de la surface externe de l'intestin grêle, jusque dans l'étendue de trois travers de doigt au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Dans ce dernier espace, couleur brune et ramollissement pultacé de la membrane muqueuse, qui n'existe plus que par débris, et laisse à nu le tissu cellulaire subjacent, qui ne paraît point altéré. Blancheur parfaite à la surface intérieure du gros intestin, ouvert depuis le cœcum jusqu'à l'anus. État naturel de la membrane muqueuse, sous le rapport de son épaisseur et de sa consistance.

Un autre genre d'altération, qui n'avait pas été soupçonné pendant la vie, existait dans le péritoine. Cette membrane était parsemée d'un grand nombre de tubercules, soit isolés, soit réunis en grosses masses : le grand épiploon, rouge, et ayant cinq ou six fois son épaisseur ordinaire, était également rempli de nombreux tubercules.

Des masses tuberculeuses considérables, commençant à se ramollir, formaient comme une sorte de couche sur la face convexe du foie ; la substance même de cet organe n'était nullement altérée ; état sain des autres organes.

Le seul symptôme qui chez ce malade aurait pu nous mettre sur la voie de l'altération dont le péritoine était le siége, était la légère tension du ventre, l'absence de son affaissement chez un individu dans le marasme ; cela dépendait manifestement de l'engorgement du grand épiploon. D'ailleurs, pas d'ascite, pas de douleur. Si la membrane muqueuse intestinale n'avait pas été simultanément affectée, il est vraisemblable que la seule lésion du péritoine eût suffi pour donner lieu à des symptômes généraux plus ou moins graves, tels que fièvre, soit continue, soit n'existant que par intervalles, dépérissement, etc.; mais combien alors n'eût-on pas été embarrassé pour déterminer le siége et la nature du mal d'où dépendaient ces symptômes !

L'altération de la muqueuse intestinale, cause probable de la diarrhée, fut ici remarquable par sa très-petite étendue. Opposez à ce cas celui où de nombreuses ulcérations parsèment la surface interne de l'intestin dans l'espace de plusieurs pieds, ceux où les parois de la totalité de tout le gros intestin sont désorganisées, épaissies, indurées ; ceux où la membrane muqueuse du colon est couverte de nombreuses végétations, etc. Cherchez si pour chacun de ces cas, où la gravité des lésions découvertes par l'anatomie est si différente, il y a eu pendant la vie des symptômes différents, et bien souvent vous trouverez que les mêmes phénomènes morbides sont produits par ces diverses lésions.

Dans cette observation, comme dans la précédente, nous trouvons des tubercules dans le péritoine, sans qu'il y en ait dans le poumon ; mais il faut noter qu'ici encore, comme dans la vingt-sixième observation, un peu de toux commença à se manifester quelque temps avant la mort. Ces cas rentrent dans ceux signalés dans le deuxième volume, qui nous ont montré la *phthisie abdominale* précédant parfois la phthisie pulmonaire.

SECTION III.

PÉRITONITES PARTIELLES.

J'ai déjà parlé ailleurs des inflammations partielles de la plèvre, et l'on a pu voir combien les symptômes de cette forme de phlegmasie de la membrane séreuse thorachique diffèrent à certains égards de ceux de la pleurésie générale, et combien il est important d'en acquérir une connaissance exacte. Les mêmes réflexions s'appliquent aux péritonites partielles. Bien qu'assez communes, surtout à l'état chronique, elles n'ont été jusqu'à présent qu'assez superficiellement étudiées ; et cependant, quoi de plus digne d'attention que les divers groupes de symptômes, soit locaux, soit généraux, auxquels elles donnent lieu ? Quoi de plus délicat que leur diagnostic dans un grand nombre de circonstances ? Il y a de ces péritonites qui, en raison de leur siége profond, ne sont annoncées que par une douleur vive ou obscure, continue ou intermittente, sans présence de tumeur appréciable pendant la vie, sans modification de la forme des parois abdominales, sans diminution de leur souplesse accoutumée. D'autres péritonites partielles compriment, déplacent, irritent les organes voisins de la portion de péritoine enflammée, et le phénomène morbide le plus saillant auquel elles donnent lieu est un trouble plus ou moins grand dans les fonctions de ces organes, de telle sorte qu'on croit à une affection de ces derniers, tandis que leur membrane enveloppante est seule malade. D'autres fois, en raison de leur siége plus superficiel, les phlegmasies péritonéales circonscrites produisent des tumeurs appréciables par la vue ou le palper. Infiniment variées dans leur situation, leur forme, leur volume et leurs rapports, ces tumeurs sont souvent regardées comme appartenant aux différents organes

dont elles sont le plus voisines ; l'erreur est surtout bien facile, lorsqu'en même temps les fonctions de ces organes sont plus ou moins troublées. Quant aux symptômes généraux, ils sont très-peu constants. Ainsi, le mouvement fébrile peut être nul, intermittent ou continu ; la nutrition peut se conserver intacte ou se détériorer, et le marasme survenir. Dans plus d'un cas de ces péritonites partielles, les symptômes locaux sont les moins tranchés ; il n'y a ni douleur, ni tumeur, ni trouble marqué dans les fonctions des différents viscères abdominaux. Mais les individus dépérissent, ils éprouvent un malaise habituel, une sorte de difficulté d'être, dont ils ne peuvent se rendre compte ; des accès de fièvre surviennent ; comme chez tout individu malade, le système nerveux devient très-susceptible ; on observe dans les fonctions de ce système un grand nombre d'anomalies qu'on ne sait à quoi rapporter. C'est alors dans ce même système nerveux qu'on place la cause primitive de tous les accidents, tandis qu'il n'est affecté que sympathiquement et d'une manière tout à fait secondaire. Combien de semblables maladies, regardées longtemps comme de pures névroses, deviennent ensuite de graves affections organiques ! Elles l'étaient dès le principe ; mais, en raison de l'absence des symptômes locaux, leur nature avait dû être nécessairement méconnue. Tel est le cas d'un grand nombre d'hypocondriaques. On regarde leurs maux comme imaginaires, et cependant il est vrai de dire que, chez la plupart, les accidents bizarres qu'on observe, et qu'on rapporte avec raison à un trouble des fonctions nerveuses, ont leur point de départ dans l'affection plus ou moins latente d'un organe. Cette minutieuse attention qu'ils portent à leur santé, cette singulière tendance à s'exagérer les plus légères souffrances, n'est-elle pas une manière de rendre à l'extérieur, pour ainsi dire, l'expression du malaise habituel qu'ils éprouvent, qui n'est que trop véritable, et qu'on est toujours porté à nier parce qu'on n'en découvre pas la cause ?

Je vais passer en revue tour à tour les phlegmasies partielles qui peuvent frapper 1° le grand épiploon ; 2° le péritoine des hypocondres et des flancs ; 3° celui de l'excavation du bassin ; 4° je citerai ensuite quelques cas de tumeurs ayant leur siége au dehors du péritoine, à sa face externe, comme, par exemple, entre les feuillets du mésentère, entre les replis péritonéaux qui constituent les ligaments larges de l'utérus, dans le tissu cellulaire qui entoure les reins, dans celui qui, au défaut du péritoine, est interposé inférieurement entre la vessie, l'utérus et le rectum.

CHAPITRE PREMIER.

ÉPIPLOÏTE.

L'inflammation isolée de cette importante portion du péritoine a été quelquefois observée à l'état aigu, et plus souvent à l'état chronique. L'observation suivante offre un exemple de cette phlegmasie dans sa forme aiguë.

XXVIIIe OBSERVATION.

Épiploïte aiguë causant la mort chez un individu atteint d'une double affection chronique de l'estomac et du foie.

Un crieur des rues, âgé de 64 ans, entra à la Charité vers le milieu du mois de janvier 1826. Il présentait les symptômes d'une gastrite chronique, sur lesquels ce n'est point ici le lieu d'insister, et de plus, le foie dépassant de plusieurs travers de doigt le bord cartilagineux des côtes droites, formait dans l'hypocondre une tumeur douloureuse au toucher. Le reste de l'abdomen était souple et indolent ; il n'y avait pas de fièvre ; le marasme était encore peu avancée. Ce malade resta à peu près dans le même état jusqu'au 17 février ; seulement il s'affaiblissait graduellement. Ce jour-là, il eut pour la première fois des vomissements ; une douleur vive se fit sentir dans toute l'étendue de la paroi antérieure de l'abdomen. Le 18 février, lorsque nous revîmes le malade, la douleur persistait et était augmentée par la pression ; les muscles droits restaient singulièrement tendus et contractés ; le malade continuait à vomir et avait beaucoup de fièvre. Du 18 au 21, ces divers symptômes persistèrent, l'affaiblissement augmenta, et la mort eu lieu le 22.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les parois abdominales ayant été enlevées, on trouva étendu au-devant du paquet intestinal un corps rougeâtre, épais de cinq à six lignes, se déchirant facilement, et laissant alors suinter un liquide séro-sanguinolent, fixé supérieurement au colon transverse, se terminant en bas par un bord libre, non loin du pubis, également libre par ses deux bords latéraux. Il était bien évident que ce corps n'était autre chose que le grand épiploon rougi et tuméfié par l'inflammation aiguë qui s'en était emparé. Cette inflammation avait été annoncée par les symptômes les plus ordinaires de toute péritonite aiguë. Le reste du péritoine ne présentait aucune trace d'état morbide ; il n'était le siége d'aucun épanchement. On trouva en outre des masses cancéreuses dans le foie, et une induration squirrheuse des parois de l'estomac dans sa portion pylorique. Sa membrane muqueuse, épaisse et d'un gris ardoisé, n'offrait rien qui indiquât un

travail d'inflammation récente, de sorte que les vomissements, dont l'apparition avait coïncidé avec celle des douleurs abdominales, dépendaient, comme celle-ci, de l'épiploïte.

Dans un autre cas, dont j'ai conservé une trop courte note pour pouvoir en donner une observation détaillée, j'ai vu une tumeur considérable se développer en vingt-quatre heures dans les environs de l'ombilic, chez un individu atteint, comme le précédent, d'une maladie du foie; comme lui aussi il succomba rapidement. A l'ouverture du cadavre, on trouva que la tumeur reconnue pendant la vie était constituée par l'épiploon, considérablement tuméfié, et laissant échapper de son tissu mou et facilement déchirable un liquide sanguinolent. Ce cas diffère du précédent par l'existence de la tumeur épiploïque, développée vraisemblablement avec autant de rapidité aux dépens du tissu cellulaire qui entre dans la composition du grand épiploon.

Les nombreuses altérations dont le grand épiploon peut devenir le siége peuvent avoir leur point de départ dans une inflammation aiguë, semblables aux précédentes; mais dans un grand nombre de cas il n'y a jamais eu de forme aiguë, et c'est peu à peu, d'une manière sourde, que ces altérations se produisent. Ainsi on peut le trouver soit simplement tuméfié et gorgé de liquide, soit véritablement hypertrophié, soit induré et squirrheux, ou transformé en tissu fibreux. Dans son intérieur, et avec l'une ou l'autre des altérations précédentes, peut être sécrété ou du pus, soit disséminé, soit réuni en foyer, ou de la matière tuberculeuse. Les vésicules adipeuses qu'il contient en grand nombre peuvent se présenter sous forme de petites granulations dures et brillantes, qui ne semblent être autre chose qu'une graisse altérée, ainsi qu'on peut s'en assurer en examinant les degrés successifs par lesquels elle passe pour prendre l'aspect de ces granulations, qui sont encore une de ces lésions que l'on a très-vaguement désignées sous le nom de *cancer*.

A mesure qu'il se développe, en subissant une ou plusieurs des altérations qui viennent d'être indiquées, le grand épiploon peut être modifié dans sa forme de manière à constituer les tumeurs les plus variées, sous le rapport de leur volume et de leur aspect. Ces tumeurs peuvent être souvent facilement prises pour le corps de l'estomac, dont les parois sont épaissies et indurées : cela arrive surtout lorsque le grand épiploon n'augmente de volume et ne forme tumeur que dans la portion qui s'é-

tend de la grande courbure de l'estomac au colon. Souvent alors il représente une sorte de bourrelet plus ou moins épais, qui rejette l'arc du colon en arrière et borde l'estomac. Senti à travers les parois abdominales, ce bourrelet, à surface lisse ou inégale, doit être pris pour le corps de l'estomac ; suivant les degrés de développement de l'épiploon gastro-colique, le palper peut faire croire que l'estomac lui-même forme tumeur, ou bien dans toute l'étendue de son corps, ou bien dans son grand cul-de-sac, ou bien dans sa portion pylorique. J'ai vu, dans de semblables cas, la méprise devenir d'autant plus inévitable, qu'avec cette tumeur existaient divers symptômes d'une affection organique de l'estomac. D'autre fois, au contraire, les digestions continuent à s'accomplir, et alors ces tumeurs de l'épiploon gastro-colique peuvent persister pendant un temps très-long, sans troubler notablement l'économie. D'autres fois enfin, sans qu'il y ait trouble de la digestion, l'état morbide de l'épiploon réagit sympathiquement sur d'autres organes, modifie la circulation, et produit seul la fièvre hectique et la mort. Toutes ces différences dépendent sans doute 1° des rapports de la tumeur avec l'estomac ; 2° de sa composition anatomique ; 3° des dispositions individuelles des sujets, d'où production de désordres fonctionnels très-variables sous l'influence d'une lésion identique.

Si le grand épiploon est surtout tuméfié dans sa partie gauche, il peut arriver que la tumeur qu'il forme ressemble, par sa situation, sa direction et ses rapports, à la rate développée. J'ai vu un cas de ce genre : l'hypocondre gauche était occupé par un corps volumineux, qui paraissait dur et bosselé à travers les parois abdominales ; on le suivait en haut jusqu'au rebord cartilagineux des fausses côtes gauches, derrière lesquelles il paraissait se continuer. Au moment où il semblait comme sortir de derrière ces côtes, il se prolongeait vers l'ombilic, en affectant une direction oblique de haut en bas et de gauche à droite ; on le trouvait encore, se terminant par une sorte de bord inégal, dans l'étendue de quelques pouces à droite et au-dessous de l'ombilic : le reste de l'abdomen avait conservé sa souplesse ordinaire. Plus tard, une ascite se manifesta, et dès-lors le liquide interposé entre les parois abdominales et la tumeur, empêcha de la sentir aussi distinctement et d'en suivre les progrès. Plus tard encore, les membres inférieurs s'infiltrèrent, les poumons s'engouèrent et le malade succomba. A l'ouverture du cadavre, on trouva le péritoine rempli d'une sérosité limpide, et pas d'autre lésion organique qu'un endurcissement squirrheux du grand épiploon ; il en

résultait l'existence d'une tumeur, qui était surtout très-volumineuse du côté du grand cul-de-sac de l'estomac. C'était elle qu'on avait reconnue pendant la vie, et qui, en raison de sa situation, avait été rapportée à la rate; celle-ci, occupant sa place accoutumée, était d'un très-petit volume; il n'y avait d'altération appréciable de nutrition dans aucun autre organe.

Remarquable comme offrant une difficulté de diagnostic qui ne put être décidément levée que par l'autopsie, cette observation présente encore une autre circonstance digne d'intérêt: c'est l'existence d'une double hydropisie de l'abdomen et des membres inférieurs, sans lésion du cœur et du foie, et pour l'explication de laquelle on ne trouve d'autre lésion que celle du grand épiploon; dans ce cas, on ne voit aucun obstacle mécanique qui ait pu la déterminer. Dira-t-on qu'ici l'ascite a été produite par l'irritation propagée du grand épiploon au reste du péritoine? Toujours, alors, faudra-t-il admettre une grande différence entre l'irritation qui avait produit dans l'épiploon une si profonde altération de texture, et celle qui, dans le reste de la membrane séreuse, ne détermina que la formation d'un peu d'albumine liquide étendue dans beaucoup d'eau. D'ailleurs, dans cette hypothèse, comment expliquer l'œdème considérable des membres inférieurs et supérieurs? Dira-t-on que cet œdème est aussi le résultat de l'irritation du péritoine, propagée par sympathie au tissu cellulaire de ces membres? Ce ne serait là qu'une supposition bien gratuite.

Dans les cas qui viennent d'être cités, nous avons vu les différentes tumeurs constituées par l'épiploon occuper surtout la portion sus-ombilicale de l'abdomen; dans d'autres cas, au contraire, c'est surtout au-dessous de l'ombilic, depuis ce point jusqu'au pubis, et s'étendant en même temps plus ou moins dans les deux fosses iliaques, qu'apparaissent les tumeurs épiploïques; et alors aussi elles peuvent quelquefois en imposer pour des tumeurs appartenant à différents organes, comme à quelque partie d'intestins, aux ovaires ou à l'utérus. Dans l'observation suivante, par exemple, le toucher annonçait une affection cancéreuse de l'utérus; la tumeur considérable que l'on sentait au-dessus du pubis, et qui se prolongeait derrière lui, aurait pu être prise pour le corps de l'utérus développé et cancéreux comme son col. Cette observation me semble présenter assez de circonstances intéressantes pour pouvoir être relatée ici avec détail.

XXIXe OBSERVATION.

Tumeur cancéreuse du grand épiploon, occupant la portion sous-ombilicale de l'abdomen, et ressemblant, par sa situation, à l'utérus développé. Cancer du col utérin. Péritonite générale aiguë consécutive.

Une femme, âgée de 31 ans, réglée à onze, mariée à vingt-un, et ayant eu quatre enfants, accoucha du dernier cinq ans avant l'époque où elle fut reçue à la Charité. Depuis cet accouchement, qui fut laborieux, elle est restée atteinte d'une leucorrhée. Il y a huit mois, elle a eu une métrorrhagie abondante qui, depuis, s'est montrée à plusieurs reprises. C'est seulement après celle-ci qu'elle commença à ressentir des douleurs dans l'abdomen, et qu'elle s'aperçut que son ventre prenait un volume insolite. Entrée à l'Hôtel-Dieu trois mois avant d'être soumise à notre observation, elle disait avoir alors le ventre semblable à celui d'une femme qui est sur le point d'accoucher. On reconnut, par le toucher et par le *speculum uteri,* une lésion du col utérin, que l'on cautérisa deux fois. Ces deux cautérisations causèrent à la malade des douleurs si vives qu'elle n'en voulut pas permettre une troisième. Elle assure qu'à dater de cette époque seulement, elle a ressenti dans l'hypogastre tantôt des élancements très-pénibles, tantôt des douleurs semblables à celles qui accompagnent le travail de l'enfantement. Sortie de l'Hôtel-Dieu après un mois de séjour, elle y rentra huit jours après : cette fois, elle subit un autre mode de traitement : *fréquentes applications de sangsues sur l'abdomen, bains, injections émollientes dans le vagin.* Elle sortit très-soulagée, après un séjour de six semaines.

Le 25 décembre, elle prit chez elle un purgatif qui renouvela les douleurs abdominales et fut suivi d'une diarrhée qui durait encore le 12 janvier 1821, jour où la malade entra à la Charité.

L'abdomen était alors très-douloureux à la pression, surtout au-dessous de l'ombilic. Le palper faisait reconnaître une tumeur arrondie qui, du pubis, derrière lequel elle se prolongeait, s'étendait jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et semblait être la matrice développée. Le col de l'utérus, exploré par le toucher, existait presque à l'entrée du vagin. Il était mollasse et très-sensible. L'orifice dilaté était assez large pour admettre l'extrémité du doigt indicateur. Les parois du vagin étaient dures et rugueuses ; on en retirait le doigt teint d'un sang fétide. Le pouls était fréquent et faible, la langue humide, naturelle ; l'appétit nul, la soif médiocre ; la diarrhée persistait très-abondante (trois ou quatre selles liquides par heure).

Une application de sangsues sur l'abdomen diminua l'intensité des douleurs abdominales, ainsi que la diarrhée. Du 16 au 20 janvier, ces douleurs furent à peu près nulles. On put alors mieux apprécier la disposition et l'étendue de la tumeur : elle se prolongeait dans la région iliaque droite et dans le flanc du même côté, où elle offrait un grand nombre de bosselures ; elle était partout d'une sensibilité extrême au palper ; l'arc du colon, occupant sa place accoutumée au-dessus du pubis, était fortement distendu par des gaz. Quinze à vingt selles dans les vingt-quatre heures (*décoction blanche de Sydenham, potion avec un gros de diascordium : un scrupule de laudanum et un gros d'eau de fleurs d'oranger dans quatre onces d'eau de tilleul et une once de sirop d'œillet.*) Dès le lendemain de l'administration de cette potion, le dévoiement cessa. La malade se trouva bien jusqu'au 30 janvier ; mais ce jour-là, après que l'abdomen eût été palpé par plusieurs personnes, les douleurs reparurent plus vives que jamais avec le dévoiement ; dès-lors, affaissement rapide, décomposition des traits : la malade succomba le 4 février dans la matinée, après avoir poussé des cris aigus toute la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le tronc et les membres ont conservé de l'embonpoint; les mamelles en particulier contiennent encore beaucoup de graisse.

En palpant l'abdomen, on sent une tumeur dure, inégale, bosselée, s'étendant en haut jusqu'un peu au dessus de l'ombilic, se prolongeant en bas jusque derrière le pubis, s'étendant latéralement dans les deux flancs et les deux régions iliaques. Au-dessus de l'ombilic l'abdomen est fortement ballonné.

Les parois abdominales étant enlevées, on observe les objets suivants :

L'estomac, énormément distendu par les gaz, occupe toute la région épigastrique, et s'étend en bas à deux ou trois pouces au-dessus de l'ombilic.

La région ombilicale, le flanc droit, l'hypogastre et les deux fosses iliaques sont occupés par une tumeur insérée en haut au bord colique de l'estomac, cachée en bas par les pubis, au-dessous desquels elle se prolonge.

Le flanc gauche et une petite partie de la région iliaque du même côté sont occupés par des circonvolutions intestinales, couvertes d'une exduration albumineuse qui les unit entre elles.

Examen de la tumeur. Détachée de l'estomac et renversée de haut en bas, elle laisse voir successivement derrière elle l'arc du colon, auquel elle adhère, une partie de la masse des intestins grêles, le cæcum, les deux portions ascendantes et descendantes du colon, avec lesquelles elle n'a contracté aucune adhérence. Plus bas, elle est unie soit à la matrice, soit aux portions du péritoine connues sous le nom de *ligaments larges,* qui, dégénérés eux-mêmes, ne forment plus qu'une seule masse avec la tumeur. Sa situation, sa direction, ses rapports, font aisément connaître que cette tumeur appartient à l'épiploon.

Elle est d'une dureté remarquable ; sa face libre ou antérieure présente de nombreuses inégalités, qui la font paraître comme rugueuse et bosselée. Son épaisseur est variable dans ses différents points. En quelques endroits, cette épaisseur égale celle de deux travers de doigt.

Sa face antérieure présente superficiellement une couche dense, épaisse de deux ou trois lignes, d'un blanc grisâtre, ayant tout à fait l'aspect de ces fausses membranes dures et anciennes que l'on trouve si souvent dans la plèvre. On la sépare facilement des parties subjacentes, auxquelles elle est unie par un tissu cellulaire assez lâche. Ces parties subjacentes elles-mêmes présentent une structure toute différente et très-compliquée. En beaucoup de points, c'est un tissu d'une couleur blanche-bleuâtre, demi-transparent, sans trace de vaisseau sanguin, criant sous le scalpel qui le divise (squirrhe à l'état de crudité) ; en d'autres points, sont creusées de petites cavités, tantôt assez régulièrement arrondies, tantôt oblongues et plus ou moins anfractueuses, remplies par un liquide jaunâtre, gélatiniforme. Les plus petites de ces cavités pourraient à peine contenir une lentille. Les plus vastes admettraient une grosse amande (squirrhe à l'état de ramollissement de M. Laennec). Partout l'on observe entremêlé au tissu précédent un autre tissu d'un blanc opaque, et dans lequel se ramifient des vaisseaux sanguins, qui, en s'entrecroisant, laissent entre eux des aréoles plus ou moins irrégulières (tissu encéphaloïde à l'état de crudité). En deux ou trois points seulement peu étendus, existait une substance pultacée et rougeâtre, assez semblable à la matière du cerveau qui commence à se putréfier, et qui est salie par du sang (tissu encéphaloïde à l'état de ramollissement). Enfin, en quelques endroits, la couleur blanche des tissus précédents était altérée par une teinte brune assez foncée, qui indiquait peut-être un commencement de mélanose.

(Voyez ce que nous avons dit sur ces divers produits accidentels, dans le cours de ce volume).

Au milieu de ces différents tissus qui s'entremêlaient de manière à ce qu'ils semblaient n'être que de simples nuances les unes des autres, existaient en grand nombre de petits pelotons d'une graisse jaunâtre et solide, telle qu'on la trouve chez l'homme le plus sain (supplicié).

La portion de péritoine qui sert d'attache à l'S iliaque du colon, l'autre portion qui constitue les ligaments larges, celle qui de la face antérieure du rectum se porte à la face postérieure de la matrice, étaient atteintes du même mode de dégénération. Il fut impossible de trouver aucune trace, soit des trompes, soit des ovaires, au milieu de cette dégénération.

Une grande quantité de graisse était amassée entre les deux feuillets du mésentère : sur la face interne de chacun de ces feuillets, se remarquait une très-grande quantité de petites granulations d'un blanc grisâtre, peu consistantes, se laissant facilement écraser sous le doigt, et se transformant alors en une sorte de liquide laiteux; toutes étaient arrondies, et avaient à peu près le volume d'une lentille. En détachant successivement le péritoine de l'intestin vers ces granulations, il nous sembla évidemment qu'il passait au-devant d'elles, et que par conséquent elles étaient développées hors de sa cavité.

La portion de péritoine qui recouvre toute la masse des intestins grêles était couverte d'une exsudation albumineuse, à l'aide de laquelle la plupart des intestins avaient contracté entre eux des adhérences qu'on détruisait facilement. Au-dessus de cette exsudation, le péritoine semblait avoir conservé son épaisseur et sa transparence ordinaires : on le détachait assez facilement de la tunique musculaire subjacente. Entre ces deux tuniques, dans le tissu cellulaire qui les unit, existaient un très-grand nombre de vaisseaux sanguins fortement injectés; de là la couleur rouge foncée que présentait le péritoine. On voyait toutefois, chaque fois qu'on le détachait, quelques-uns de ces vaisseaux s'y porter et s'y ramifier. Il est remarquable qu'aucune des granulations précédemment décrites n'existait sur les intestins.

La muqueuse intestinale, examinée dans la plus grande partie de son étendue, était blanche, épaisse, et en même temps très-molle. On la détachait avec la plus grande facilité de la membrane musculaire subjacente, en entraînant avec elle la tunique lamineuse, qui paraissait gorgée de liquide et comme infiltrée.

L'estomac, distendu par beaucoup de gaz, était parfaitement sain.

La *matrice* présentait un volume double de celui qu'elle offre ordinairement; cependant elle ne dépassait pas les os pubis, ce qui dépendait en partie de la saillie considérable qui faisait le col dans le vagin; on le sentait très-près de la valvule. Les parois du corps, très-dures et très-épaisses, avaient en partie conservé leur aspect naturel; mais en beaucoup de points le tissu propre de la matrice avait subi la dégénération cancéreuse, telle qu'elle existait dans l'épiploon; on y remarquait surtout le tissu dit cérébriforme à l'état de crudité. La cavité du corps avait son diamètre ordinaire; sa surface interne ne présentait rien de remarquable.

Le col était remarquable par sa longueur; il paraissait aussi un peu plus large qu'à l'ordinaire : les rides de sa surface interne étaient complétement effacées.

Ses deux lèvres présentaient une mollesse remarquable; elles étaient en même temps inégales, parsemées de plusieurs petites érosions superficielles; une odeur fétide s'en exhalait; elles avaient une couleur d'un vert brunâtre, qui n'existait qu'à deux ou trois lignes de profondeur. Après avoir enlevé cette couche superficielle, que le scalpel détachait par le grattage comme une sorte de détritus, on trouvait un tissu d'un rouge livide, comme spongieux, facilement déchirable, pénétré d'une grande quantité de sang, qui s'en écoulait chaque fois qu'on l'incisait et qu'on le comprimait. Je le rapprocherais volontiers du tissu érectile.

La paroi inférieure du vagin était rugeuse, inégale, superficiellement ulcérée.

Le foie était pâle et d'une mollesse remarquable ; les reins présentaient aussi une mollesse et une pâleur inaccoutumées. La rate, de volume ordinaire, était gorgée par un liquide couleur de vin et d'une viscoté remarquable.

L'aorte abdominale égalait à peine en diamètre celui de la carotide primitive.

A la partie postérieure, inférieure et droite de la matrice, existait un kyste dont on ne peut apprécier le volume, parce que le liquide transparent et incolore qu'il contenait s'échappa avant qu'il eût été mis à découvert.

Le rectum présentait une déviation latérale gauche plus grande que celle qui lui est naturelle.

La vessie, fortement comprimée entre la matrice et le pubis, était remarquable par la petitesse de sa cavité.

Organes contenus dans le crâne et dans la poitrine parfaitement sains.

Nous avons surtout cité cette observation pour porter l'attention du lecteur sur ces tumeurs considérables développées dans le péritoine, dont le diagnostic est souvent fort obscur, et qui peuvent être prises, en raison de la forme qu'elles affectent quelquefois, pour des tumeurs développées aux dépens de certains organes, tels que le foie, la rate, l'utérus, les reins, les ovaires, certaines portions du tube digestif. Nous engageons le lecteur à rapprocher de cette observation deux autres faits consignés dans le cours de cet ouvrage. A cette occasion nous citerons encore le fait suivant :

Un imprimeur, âgé de 44 ans, ex-officier de marine, fut longtemps prisonnier de guerre en Angleterre, où il souffrit beaucoup de la misère. Deux ans avant son entrée à la Charité, il commença à éprouver d'assez vives douleurs dans l'abdomen. Au bout d'un certain temps, ses douleurs devinrent plus faibles et disparurent ; mais peu à peu il s'aperçut que son ventre se tuméfiait. Lorsque nous le vîmes, il était très-maigre, et sa face présentait une teinte jaune-paille ; ses membres abdominaux étaient infiltrés : dans l'abdomen, on sentait une tumeur bosselée qui en occupait une grande partie. On la trouvait à l'ombilic, et de là elle s'étendait vers les hypocondres, surtout vers le gauche ; elle était douloureuse au toucher. Quelle était la nature, quel était le siége de cette tumeur ? Par sa situation et sa forme elle ressemblait assez bien à la rate développée.

Ce malade ayant succombé, l'ouverture de son corps montra les lésions suivantes :

La paroi abdominale antérieure adhérait à une volumineuse tumeur, dans l'espace correspondant à l'hypocondre gauche et au flanc du même

côté ; à droite, elle adhérait au lobe droit du foie. La tumeur et le paquet intestinal déjeté à droite par elle, étaient recouverts par des fausses membranes noires.

Au milieu même du péritoine, au-devant des colons transverse et descendant, était développée une masse énorme de matière blanchâtre, dure, et criant sous le scalpel en plusieurs points, ramollie et réduite en pulpe grisâtre ou rougeâtre en d'autres points: cette masse égalait à peu près, en volume, celui de la tête d'un fœtus à terme. Les anses de l'intestin grêle étaient unies entre elles par une semblable matière, qui recouvrait également les deux faces du foie, et entourait les vaisseaux biliaires, l'artère hépatique et la veine porte.

Dans le mésentère, on trouvait des ganglions lymphatiques volumineux, et également dégénérés en une substance blanchâtre, semblable à celle qui constituait la tumeur principale.

CHAPITRE II.

INFLAMMATION PARTIELLE DU PÉRITOINE, DES FLANCS ET DES HYPOCONDRES.

On trouve assez fréquemment sur le cadavre des brides celluleuses qui unissent le diaphragme et la face convexe du foie. On en trouve aussi quelquefois entre la rate et la partie des parois abdominales, avec laquelle sa surface externe est en rapport. Il n'y a souvent en même temps aucune trace d'inflammation dans le reste du péritoine. Dans la plupart des cas où l'autopsie découvre ces péritonites partielles, que l'on pourrait appeler périhépatiques ou périspléniques, on ne sait pas si, pendant la vie, elles ont produit quelque symptôme particulier. Voici cependant, à cet égard, quelques faits que j'ai recueillis.

Dans deux cas où d'intimes adhérences unissaient le foie et le diaphragme, l'histoire antécédente des malades nous apprit que, plusieurs années avant l'époque où nous les examinâmes, ils avaient eu un ictère. Le foie était dans son état normal.

Dans un troisième cas, un ictère se manifesta chez un malade pendant son séjour à l'hôpital, comme complication d'une autre affection (con-

gestion cérébrale avec fièvre). La mort eut lieu le neuvième jour de l'apparition de la jaunisse. La malade n'avait jamais accusé aucune douleur du côté du foie. A l'ouverture du cadavre, on trouva celui-ci exempt de toute lésion appréciable, et peu gorgé de sang ; mais entre lui et le diaphragme étaient interposés des rudiments de pseudo-membranes, molles, blanchâtres, inorganiques, et qui étaient évidemment de formation récente. Le duodénum n'était point altéré. Comme traces de la maladie primitive, on trouva de nombreuses ulcérations à la fin de l'intestin grêle et dans le gros intestin.

Si nous avons admis ailleurs qu'une simple pleurésie diaphragmatique peut, lorsqu'elle existe à droite, déterminer un ictère en irritant sympathiquement le foie (*voyez* les observations citées à l'appui de cette assertion), à plus forte raison devrons-nous, ce me semble, admettre que l'ictère peut être le résultat de l'inflammation de la portion du péritoine qui entoure le foie, tout de même qu'une phlegmasie de la plèvre détermine la toux, en irritant sympathiquement le parenchyme pulmonaire et les bronches.

Un autre malade avait accusé d'anciennes et fréquentes douleurs dans l'hypocondre droit : il n'avait jamais eu d'ictère. Après la mort, nous trouvâmes la capsule de Glisson notablement épaissie, et des brides celluleuses étendues, d'une part, entre la face convexe du foie et le diaphragme, et, d'autre part, entre le foie et l'arc du colon. Les brides qui constituaient cette dernière espèce d'adhérence étaient remarquables par leur longueur.

Un individu était atteint d'un double cancer du foie et de l'estomac auquel il succomba. Des adhérences celluleuses assez lâches unissaient le foie au diaphragme et aux parois abdominales antérieures, derrière lesquelles on le sentait pendant la vie. Cet individu avait présenté cette circonstance particulière, qu'il souffrait surtout à la région du foie, lorsqu'il descendait un escalier ; est-ce parce qu'alors les brides celluleuses qui unissaient le foie au diaphragme subissaient un tiraillement pénible ?

Maintenant, on pourrait se demander pourquoi, les mêmes adhérences existant autour du foie, dans un cas elles ne sont annoncées par aucun symptôme, dans un second cas elles sont douloureuses, et dans un troisième elles produisent l'ictère. Mais on ne peut répondre qu'en citant des cas analogues, en montrant qu'il n'y a pas plus de constance dans la plupart des symptômes qui signalent l'inflammation aiguë ou chroni-

que des autres membranes séreuses ; ainsi la pleurésie peut exister avec ou sans douleur, avec ou sans toux ; ainsi la péricardite, dont l'invasion est souvent annoncée par une douleur si caractéristique, peut être indolente à son début, et rester telle pendant toute sa durée ; elle peut déterminer dans les contractions du cœur les modifications les plus variées, ou ne pas les déranger de leur état normal ; ainsi la méningite, son siége étant supposé le même ainsi que son intensité, tantôt produit le délire, et tantôt laisse l'intelligence intacte ; elle est ou non accompagnée de céphalalgie, etc.

Dans le voisinage du foie, de la rate et des reins, se développent souvent des tumeurs, qui résultent de l'emprisonnement d'une certaine quantité de liquides de nature variable par de fausses membranes qui forment parois de poche, et qui sont le résultat d'une inflammation partielle de la membrane séreuse abdominale. Ces fausses membranes n'ont le plus souvent rien de régulier dans leur arrangement mutuel ; elles produisent ordinairement à l'intérieur de la poche, dont elles constituent les parois, des brides, des cloisons complètes ou incomplètes qui la divisent en plusieurs loges. D'autres fois, elles s'élèvent, si je puis ainsi dire, à un degré plus avancé d'organisation : la face interne des parois de la poche présente alors un aspect régulier, lisse ou aréolé, comme on le trouve dans les cavités naturelles ; cette pseudo-membrane, qui n'était d'abord qu'un produit amorphe, mais organisable, s'est transformée en un tissu membraneux cellulo-vasculaire, qui revêt lui-même quelquefois l'aspect d'une membrane séreuse ou muqueuse. Alors les sécrétions les plus variées peuvent s'y opérer ; et ainsi l'on peut concevoir comment, à l'intérieur de ces tumeurs enkystées, on trouve des liquides si différents, de la sérosité, du pus et ses nombreuses variétés ; du sang ; d'autres matières, auxquelles aucun nom spécial n'a encore été imposé, semblables à de la gelée de viande, à du miel, à du suif, etc. ; on y a même rencontré des hydatides.

Parmi ces cas, citons ceux qui présentent quelque particularité intéressante sous le rapport du diagnostic.

XXXe OBSERVATION.

Tumeur dans l'hypocondre gauche, developpée au milieu de fausses membranes du péritoine.

Un imprimeur, âgé de 23 ans, présentait tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire déjà très-avancée lorsqu'il entra à la Charité. De plus, au-dessous du rebord car-

tilagineux des fausses côtes gauches, les parois abdominales étaient soulevées par une tumeur plutôt oblongue qu'arrondie, qui paraissait se prolonger derrière les côtes, et qu'on sentait dans l'étendue de quatre travers de doigt au-dessous d'elles. Transversalement, elle finissait en arrière au niveau de l'extrémité abdominale de la onzième côte, et en avant elle se terminait un peu à gauche de la ligne blanche. La percussion faisait reconnaître un son très-mat à la partie latérale inférieure gauche du thorax, là où ordinairement la présence du grand cul-de-sac de l'estomac distendu par des gaz produit un son plus clair que partout ailleurs. Cette matité ne pouvait dépendre que des trois circonstances suivantes : 1° d'un épanchement pleurétique qui aurait refoulé en bas le diaphragme, et fait saillir la rate dans l'hypocondre ; 2° d'un développement insolite de la rate elle-même ; 3° d'une tumeur de nouvelle formation, née dans le voisinage de cet organe. Mais aucun autre signe ne portait à faire croire qu'il y eût un épanchement pleurétique. Nous demandâmes au malade s'il avait jamais eu quelque fièvre intermittente, affection qui laisse souvent après elle, comme vestige de son existence, un engorgement plus ou moins considérable de la rate : sa réponse fut négative. La tumeur qu'il portait dans l'hypocondre gauche s'était, disait-il, développée peu à peu. Trois ans auparavant, il avait ressenti dans ce même hypocondre une très-vive douleur qui l'avait obligé à garder le lit pendant plusieurs jours ; cette douleur était accompagnée de fièvre ; elle avait été combattue par une saignée générale et par plusieurs applications de sangsues sur l'hypocondre ; on lui avait dit alors que cette douleur était rhumatismale. Au bout d'une quinzaine de jours elle cessa : mais depuis cette époque le malade ressentit continuellement une espèce de gêne et de malaise dans l'hypocondre gauche ; il ne s'était pas aperçu de l'existence de la tumeur ; celle-ci était douloureuse à la pression ; le décubitus était indifférent. D'après cet ensemble de circonstances, nous ne fûmes pas porté à penser que cette tumeur dépendît de la rate ; nous la regardâmes comme développée dans le péritoine, et comme ayant eu vraisemblablement son point de départ dans une inflammation partielle de cette membrane, inflammation qui, trois ans auparavant, avait été annoncée par la douleur de l'hypocondre gauche. Le malade succomba bientôt aux progrès de sa phthisie pulmonaire.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les parois abdominales ayant été enlevées, on trouva dans l'hypocondre gauche la tumeur qui avait été reconnue pendant la vie. Elle avait au moins le volume de deux grosses oranges réunies, séparait en haut la rate des parois abdominales, et s'étendait en bas jusque près de la capsule surrénale. Des adhérences assez intimes l'unissaient aux diverses parties avec lesquelles elle était en contact. Elle était fluctuante au toucher. Au moment où on l'incisa, il en jaillit un liquide d'un blanc sale, séro-purulent, inodore. Les parois de la cavité qui le contenait étaient constituées par un tissu blanchâtre, comme cellulo-fibreux ; ces parois avaient, terme moyen, de quatre à cinq lignes d'épaisseur. Aucune autre lésion n'existait dans le reste du péritoine. Il y avait des excavations tuberculeuses dans les poumons, des ulcérations avec tubercules dans les intestins. En revenant à un examen plus attentif des parois de la poche purulente de l'hypocondre gauche, nous trouvâmes qu'au milieu du tissu cellulo-fibreux qui constituait ses parois, étaient disséminés en assez grand nombre de petits tubercules. Ainsi, le même travail de sécrétion morbide, qui existait à un haut degré dans le poumon et dans les intestins, s'effectuait aussi dans le seul autre point du corps où pendant la vie avait existé un travail inflammatoire de longue durée.

Cette observation est digne de remarque, 1° sous le rapport de l'étiologie de la tumeur, dont l'origine fut une péritonite aiguë bornée à l'hypocondre gauche ; 2° sous le rapport du diagnostic : il fallait déterminer si la tumeur appartenait ou non à la rate ; il fallait assigner une cause à la matité du son de la partie inférieure gauche du thorax; 3° sous le rapport de la composition anatomique de la tumeur, où des tubercules s'étaient développés, preuve de plus à celles que j'ai données ailleurs de l'étiologie souvent inflammatoire des tubercules; 4° sous le rapport des symptômes : une fois passée la période aiguë, ces symptômes sont à peu près nuls ; pendant les trois années qu'emploie cette tumeur à se développer, le travail morbide de nutrition et de sécrétion dont elle est le siége n'est annoncé que par un peu de gène dans le point où il a lieu ; on ne peut pas savoir, d'ailleurs, s'il aurait occasionné quelques symptômes généraux, parce que ceux qui existaient reconnaissaient une cause suffisante dans l'existence de la double affection du poumon et des intestins. Supposez maintenant la tumeur située de manière à ne pas être appréciable au palper (et cette supposition aurait pu bien facilement se réaliser), supposez cette même tumeur constituant la seule lésion qui existât chez le malade, la circulation, la nutrition, diverses sécrétions eussent été vraisemblablement troublées. Combien alors n'eût-on pas été embarrassé pour déterminer le siége et la nature de l'affection locale, cause et point de départ du trouble de ces fonctions !

En examinant le cadavre d'un autre individu que je n'avais point examiné de son vivant, j'ai trouvé l'hypocondre gauche occupé par une tumeur grosse comme le poing, à parois fibreuses, et qui était remplie par plusieurs acéphalocystes ; une très-volumineuse et crevée, et cinq ou six autres plus petites et entières, contenant, comme de coutume, à leur intérieur, un liquide limpide comme de l'eau de roche : elles nageaient au milieu d'un autre liquide d'un gris sale, sécrété par les parois de la grande poche qui leur formait une enveloppe commune. Cette tumeur hydatique était développée au milieu du péritoine; les organes qui l'entouraient lui étaient unis par des adhérences celluleuses.

J'ai montré à l'Académie de Médecine la pièce d'anatomie pathologique relative aux faits suivants.

Un homme entra à la Charité, ayant dans l'abdomen une tumeur volumineuse qui remplissait les deux hypocondres et l'épigastre ; plusieurs mois auparavant, il avait senti une douleur sourde, vers l'hypocondre droit et avait eu la jaunisse. Cette tumeur semblait constituée par le foie.

Le malade mourut au bout de quelque temps, après avoir présenté des symptômes de phthisie pulmonaire, d'entérite et de péritonite. A l'ouverture du cadavre, on trouva des tubercules dans le poumon, un épanchement séro-purulent, avec pseudo-membranes, dans le péritoine, de la rougeur dans le gros intestin, et de plus les deux lésions suivantes :

1° Une tumeur enkystée, grosse comme une tête de fœtus à terme, située entre le rein droit et la face concave du foie : elle paraissait avoir pris naissance dans le péritoine, était à parois fibreuses, et remplie par un liquide purulent, au milieu duquel nageaient des débris de membranes acéphalocystes. Cette tumeur nous sembla avoir été primitivement un sac hydatifère, dans lequel les hydatides avaient été successivement rompues, détruites et remplacées par du pus (1). La tumeur avait déplacé le foie, qui, chassé de l'hypocondre droit, faisait dans l'épigastre et l'hypocondre gauche une saillie considérable. C'était donc effectivement cet organe qu'on avait senti pendant la vie à travers les parois abdominales. Son lobe droit, comprimé par la tumeur, avait voulu subir une véritable atrophie, et, au contraire, le lobe gauche avait acquis un volume insolite. Sa substance était saine.

2° Un second kyste, rempli aussi d'hydatides acéphalocystes, crevées et roulées, était situé sur le trajet des vaisseaux biliaires. Autour des membranes rompues des acéphalocystes, et entre elles, était déposée une matière suifeuse, abondante, semblable à celle que l'on trouve quelquefois dans certains kystes des ovaires, où elle est souvent mêlée à des touffes de poils.

A ce cas, ajoutons encore le fait suivant, recueilli à la Charité vers la fin de l'hiver de 1824.

Une femme de 28 ans entra à l'hôpital vers la fin de l'hiver de 1824; alors existence d'une tumeur rénitente, élastique, indolente dans la région de l'hypocondre droit : elle semblait avoir le volume d'un grosse orange ; à gauche elle n'empiétait pas sur l'épigastre ; en haut, elle paraissait se prolonger sous le foie. On lui imprimait assez facilement quelques mouvements ; cependant on ne pouvait pas la déplacer ; d'ailleurs, autres fonctions en bon état, nutrition bonne.

Cette femme était entrée à l'hôpital pour y être débarrassée de cette

---

(1) En traitant des maladies du foie, j'ai eu occasion de citer quelques cas, où j'ai également trouvé, dans le foie, des poches accidentelles contenant à la fois du pus et des débris d'hydatides.

tumeur, qui, suivant ses expressions, l'inquiétait plus pour l'avenir qu'elle ne la tourmentait pour le présent.

Diagnostic. Tumeur hydatifère, appartenant vaisemblablement au foie. Après un assez court séjour, la malade sortit de l'hôpital à peu près dans le même état où elle y était entrée. Au bout de quelques mois, elle y rentra de nouveau : alors la tumeur était un peu plus considérable; mais, de plus, existaient tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire. Dépérissement dans les derniers temps, dégoût pour les aliments, vomissement, diarrhée. Mort dans le commencement de juin 1825.

Excavations tuberculeuses dans les poumons; foie sain ainsi que ses dépendances; au-dessous de son lobe moyen, et immédiatement en contact avec lui, apparaît une tumeur globuleuse à parois élastiques et transparentes, qui a refoulé à gauche le duodénum et l'estomac, et qui en bas s'étend, sans diminuer de volume, jusqu'à la région anale droite. De la partie supérieure de son côté interne se détache un conduit que l'on reconnaît être l'uretère. Là, cette tumeur aurait pu contenir trois grosses oranges. Elle contenait plusieurs hydatides volumineuses; ses parois étaient formées par une membrane fibro-séreuse, tapissée en dedans par une couche de matière pulpeuse grisâtre, d'une nature difficile à déterminer; une matière semblable était adhérente à la surface interne de l'une des hydatides. On crut d'abord que c'était l'acéphalocyste transformée en une poche hydatifère; mais on s'assura bientôt que ce n'était qu'un kyste développé à la surface intérieure du rein; seulement celui-ci, beaucoup plus petit que dans l'état normal, et véritablement atrophié, se trouvait comme caché à la partie interne de la tumeur; il avait d'ailleurs subi un déplacement notable; son tissu était parfaitement sain. Autre rein dans l'état normal.

CHAPITRE III.

INFLAMMATION PARTIELLE DU PÉRITOINE DE L'EXCAVATION DU BASSIN.

Ce genre de péritonite partielle est remarquable, et par la fréquente obscurité de son diagnostic, et par la nature des symptômes auxquels elle

donne lieu. Je rangerai en deux classes les observations qui y ont rapport : dans l'une trouveront place les cas où pendant la vie l'inflammation du péritoine pelvien n'a produit aucune tumeur appréciable au toucher; la seconde classe comprendra les autres cas où il y a eu tumeur susceptible d'être reconnue à travers les parois abdominales. Cette tumeur étant constatée, la tâche de l'observateur n'est pas finie; il faut qu'il en détermine la nature, qu'il établisse si elle appartient simplement au péritoine ou à l'un des organes pelviens, perfection de diagnostic à laquelle il n'est pas toujours possible d'arriver.

Il est un certain nombre d'inflammations chroniques du péritoine pelvien qui sont seulement annoncées par la douleur et le dépérissement du malade. Il est clair que ni l'un ni l'autre de ces signes ne peut servir à découvrir la nature de l'affection qui les cause. La douleur est rarement très-vive : chez les uns, elle est continuelle; chez d'autres, elle ne revient que par intervalles, et son retour paraît lié à des exaspérations passagères de la péritonite. Dans des cas où il n'y avait d'autre symptôme locale que cette douleur, et où en même temps la nutrition générale n'était pas encore très-altérée, on l'a regardée mal à propos comme le produit d'une névrose. J'ai eu occasion d'observer un cas de ce genre. Le sujet était une jeune femme, qui, à la suite d'un premier accouchement, était restée atteinte d'une douleur qui avait son siége dans l'hypogastre, derrière les os pubis, et qui ne se manifestait que d'une manière intermittente, à l'instar d'une névralgie. Lorsqu'elle reparaissait, elle régnait dans le lieu indiqué et était peu intense; mais par moments elle devenait lancinante, était alors assez forte pour arracher des cris à la malade, et se propageait comme par irradiation vers le col utérin; en haut, vers les parois abdominales, et, en arrière, dans la région lombaire, où la malade disait ressentir des douleurs semblables à celles qui existent à une certaine époque du travail de l'enfantement. Tel fut le récit qui nous fut fait par la malade lorsqu'elle entra à la Charité. Cette affection, telle que je viens de la décrire, ne ressemblait-elle pas à une névralgie? Mais lorsqu'elle fut soumise à notre observation, elle n'était plus dans cet état de simplicité. Depuis un mois la douleur était devenue continue; elle était d'ailleurs moins intense que lorsqu'elle n'existait que par intervalles. La pression de l'hypogastre était douloureuse; le reste du ventre était souple et indolent. Il y avait un amaigrissement notable, une petite fièvre continue, des sueurs fréquentes. Il n'était que trop évident que la maladie ne consistait que dans une simple névralgie.

Nous pensâmes qu'il existait une affection chronique d'un des ovaires ou d'une des portions du péritoine qui les entoure (*sangsues, fomentations émollientes et narcotiques sur l'hypogastre*). Même état à peu près pendant les quinze jours suivants; puis une diarrhée abondante s'établit. L'abdomen, dans sa totalité, devint tendu et douloureux; la malade s'affaiblit rapidement, et succomba.

L'ouverture du cadavre montra dans le péritoine les traces d'une inflammation aiguë récente, que la tension et les douleurs générales de l'abdomen avaient annoncée pendant les derniers jours de la vie (*sérosité trouble avec mélange de flocons fibrineux amorphes*). La plus grande partie de la surface interne du gros intestin, ainsi que celle de la fin de l'intestin grêle, étaient vivement injectées, lésion qui était en rapport avec la diarrhée survenue dans les derniers temps. Ces altérations rendaient un compte suffisant des accidents nouveaux, qui, ajoutés à la maladie primitive, avaient accéléré le terme fatal; mais quelle était la cause de l'ancienne douleur hypogastrique? nous la trouvâmes dans une tumeur du volume d'une petite orange, située profondément dans l'excavation du bassin; elle y était disposée de manière que sa moitié droite était interposée entre le corps de l'utérus et le rectum, tandis que sa moitié gauche, cachée en avant par le ligament large, dépassait latéralement ces deux organes. Cette tumeur contenait une cavité séparée en plusieurs loges incomplètes, dans chacune desquelles existait un liquide purulent. Ses parois étaient constituées par des fausses membranes superposées, évidemment formées au sein du péritoine. L'utérus, les ovaires, le rectum et la vessie ne présentèrent aucune altération appréciable. Ainsi, cette douleur qui avait longtemps revêtu les caractères d'une névralgie, et qui plus tard seulement avait paru se lier à une inflammation chronique, reconnaissait pour cause une phlegmasie bornée à une petite portion du péritoine pelvien, sourdement établie à la suite de l'accouchement. Toute circonscrite qu'elle était, cette phlegmasie, au bout d'un certain temps d'existence, était devenue cependant une cause suffisante de fièvre et de dépérissement graduel. J'ai observé chez une autre femme la même espèce de douleur, accompagnée de la même série d'accidents, et survenue également après un premier accouchement; mais, après huit mois de souffrance, tous les accidents se dissipèrent, et elle recouvra une santé parfaite. Chez cette dernière la même affection avait-elle existé?

Des tumeurs semblables à celle qui vient d'être décrite peuvent être

situées ou se développer de manière à comprimer les organes qu'elles touchent, à gêner, par exemple, le cours des matières fécales ou de l'urine. J'ai vu un cas où, comme cause d'une très-ancienne constipation avec dépérissement progressif, on trouva dans l'excavation du bassin une poche volumineuse, pleine de pus, développée dans le péritoine, à parois dures, comme fibreuse; elle occupait la place du rectum qui, aplati sur elle comme un ruban, était fortement dévié à droite, et n'était plus en rapport avec le sacrum. Les parois de l'intestin n'étaient pas elles-mêmes altérées; mais il est difficile de penser que, si l'individu eût prolongé encore plus longtemps son existence, le rectum n'eût pas subi à son tour quelque lésion de texture, comprimé, irrité qu'il était par la présence de la tumeur qui l'avait déplacé. Alors il eût pu se faire que, à l'aide d'une fistule établie entre la cavité de la tumeur et celle du rectum, le pus eût été évacué par l'anus, et que la guérison se fût effectuée. On avait cru pendant la vie à une induration squirrheuse des parois du rectum. Les matières ne sortaient qu'avec une extrême difficulté et comme à travers un filière. Il n'y avait jamais eu de vives douleurs.

J'ai vu un autre cas dans lequel la cavité de la vessie était à peu près complétement effacée par la présence d'une tumeur, creusée par une cavité pleine de pus et de débris d'hydatides. Développée entre la vessie et le rectum, elle avait poussé au-devant d'elle la paroi postérieure du réservoir urinaire assez fortement pour que cette paroi vînt presque toucher l'orifice urétral. Les deux urètres, distendus par une très-grande quantité d'urine, avaient presque acquis le volume d'un intestin grêle. J'ignore quels symptômes avaient eu lieu pendant la vie.

Je regrette de n'avoir à présenter que quelques notes insuffisantes relatives à une femme qui, pendant un assez long séjour qu'elle fit à la Charité, avait présenté, dans la partie droite de la région hypogastrique, une tumeur volumineuse, douloureuse au palper, et qui avait été regardée comme appartenant à l'ovaire. A l'ouverture du cadavre, on trouva que la plus grande partie de l'excavation pelvienne était occupée par une tumeur considérable qui s'élevait de plusieurs travers de doigt au-dessus du pubis; elle faisait surtout saillie vers la région iliaque droite. Cette tumeur n'appartenait à aucun des organes situés dans le bassin : les ovaires en particulier furent trouvés intacts; elle était creusée d'une cavité remplie de pus.

Ces diverses espèces de péritonites partielles existent moins souvent seules qu'elles ne sont une complication de certaines affections des or-

ganes contenus dans le bassin, et en particulier de l'utérus et des ovaires. Ainsi, dans un certain nombre de métrites chroniques, on trouve autour de l'utérus un ou plusieurs foyers purulents qui ont évidemment leur siége dans le péritoine.

Voici un autre cas où l'un de ces foyers purulents était lié à une affection de l'ovaire. Une femme, âgée de 36 ans, tomba dans l'eau froide pendant qu'elle avait ses règles : celles-ci se supprimèrent, et dès lors sa santé, bonne jusqu'alors, se détériora rapidement. Elle éprouva une douleur peu vive, mais continuelle, vers la région hypogastrique ; plus tard, elle fut prise de vomissements et d'une abondante diarrhée ; plus tard enfin, elle présenta les symptômes d'une pleuropneumonie, à laquelle elle succomba sept à huit mois environ après sa chute dans l'eau. Derrière l'utérus, et à gauche du rectum refoulé à droite, on trouva une poche accidentelle capable de contenir une orange : elle était remplie d'un pus consistant, verdâtre, inodore. Les parois de cette poche étaient tapissées par une membrane d'apparence muqueuse ; à sa gauche existait une autre tumeur qui semblait appartenir à l'ovaire développé. On voyait effectivement s'y rendre l'extrémité flottante de la trompe de Fallope et le ligament ovarien ; on en voyait partir le ligament rond plus volumineux que de coutume : cet ovaire était transformé en une poche pleine de pus, dont la cavité aurait pu admettre une pomme d'api. D'un des points de jonction des deux tumeurs précédentes s'élevait une troisième tumeur oblongue à parois minces, transparentes ; une sérosité limpide la remplissait. Un des poumons était hépatisé ; l'estomac présentait à sa surface interne plusieurs larges plaques rouges, avec ramollissement et amincissement de la muqueuse ; la même altération existait dans le gros intestin.

Les inflammations partielles du péritoine pelvien, qui ont donné lieu à la formation de foyers purulents circonscrits par des fausses membranes plus ou moins organisées, ont le plus souvent une terminaison funeste. La mort peut succéder au dépérissement de plus en plus grand dans lequel tombe l'individu ; preuve frappante de la fatale influence qu'exerce, sur la nutrition et sur la vie, une phlegmasie chronique peu étendue, et qui n'a son siége dans aucun organe important. *A priori*, rien de grave ne semblerait devoir résulter de la collection d'une médiocre quantité de pus, au milieu de fausses membranes sécrétées partiellement par le péritoine, le reste de cette membrane étant intact, et aucun organe n'étant d'ailleurs affecté. Mais si cette phlegmasie partielle

suffit pour troubler la circulation, altérer la nutrition, òter à l'individu son énergie physique et morale, il arrive rarement que seule elle entraîne la mort. Celle-ci ne survient ordinairement que lorsqu'à la suite du dépérissement dans lequel est déjà tombé le malade, une nouvelle phlegmasie s'établit: tantôt c'est la péritonite qui, de partielle qu'elle était restée longtemps, devient tout à coup générale; tantôt ce sont différents organes qui viennent à s'affecter, et en particulier les poumons ou le tube digestif; car c'est une chose remarquable que la facilité toute particulière avec laquelle ces deux organes, et surtout le dernier, viennent à être frappés de phlegmasie, dans le cours ou vers la fin de toute maladie chronique. C'est bien plus souvent par ces complications que par la maladie chronique elle-même que la mort est produite.

Le pus, rassemblé en foyer en un point quelconque de l'excavation du bassin, se fraie quelquefois une route à l'extérieur; et alors ou bien la guérison peut s'effectuer, ou bien, la suppuration continuant à se faire, l'inflammation ne cessant pas, la terminaison de la maladie n'en est pas moins funeste. Un homme de moyen âge, atteint depuis plusieurs mois d'une diarrhée chronique, présentait vers la région iliaque gauche une tumeur douloureuse à la pression, et dont on pouvait difficilement déterminer la forme et les limites, soit en raison de la douleur que causaient ces recherches, soit en raison de l'empâtement considérable qui existait dans le tissu cellulaire environnant. Au bout d'un certain temps la peau rougit au-dessus de la tumeur, puis elle s'ouvrit spontanément, et une grande quantité de pus s'écoula à travers cette ouverture. Cet événement aurait pu être regardé comme heureux, si en même temps les forces du malade n'avaient pas beaucoup diminué, et si sa diarrhée n'était pas devenue plus abondante. Il ne tarda pas effectivement à succomber. L'ouverture du cadavre montra que le pus était sorti d'une vaste poche creusée au milieu de fausses membranes épaisses, dont la surface, en contact avec le pus, était généralement d'un gris ardoisé et en plusieurs points d'un noir foncé. Tous les organes contenus dans le bassin étaient entièrement étrangers à cette collection purulente, qui, encore dans ce cas, avait eu lieu dans le péritoine. Dans le gros intestin on trouva de nombreuses ulcérations entourées d'une membrane muqueuse très-épaissie, rugueuse et noire. Toute la surface interne du cœcum ne présentait qu'une seule et vaste ulcération; quelques tubercules existaient dans les poumons.

Une femme avait dans le côté droit de la région hypogastrique une

tumeur volumineuse, dure, inégale, médiocrement douloureuse. Pendant les trois premiers mois du séjour qu'elle fit à l'hôpital, cette tumeur resta stationnaire. Au bout de ce temps, la malade rendit, pour la première fois, par les selles, une grande quantité de matière purulente, qui fut vue par M. Tallon, élève interne dans le service de M. Lerminier. Les jours suivants, elle en rendit encore ; puis cet écoulement purulent cessa ; mais, plus tard, il se manifesta de nouveau à plusieurs reprises. Dès le premier jour où eut lieu cette évacuation de pus, le volume de la tumeur diminua, puis elle resta de nouveau stationnaire. La malade se trouvait mieux, et elle quitta l'hôpital.

Il est vraisemblable que les selles purulentes qu'a eues cette femme avaient quelque rapport avec la tumeur hypogastrique, et que c'est la matière contenue dans celle-ci qui se fraya une issue à travers le rectum. En effet, ce n'est jamais en aussi grande quantité à la fois que le pus sort par l'anus, lorsqu'il est sécrété par la membrane muqueuse du gros intestin ; et de plus, il ne faut pas oublier que cette évacuation de pus coïncida avec une diminution subite du volume de la tumeur. On ne peut d'ailleurs proposer que des conjectures sur la nature de cette dernière.

Enfin, y a-t-il des cas où le pus, rassemblé en foyer en un point du péritoine pelvien, peut être résorbé, passer dans les veines, puis être éliminé de la masse du sang, soit peu à peu et insensiblement, soit de manière à constituer des dépôts purulents au sein de différents organes? Voici à cet égard un fait qui me paraît curieux, de quelque façon qu'on veuille l'interpréter.

Une femme mourut à la Charité peu de temps après être accouchée. Le travail avait été extrêmement laborieux. Pendant son séjour à l'hôpital, elle nous offrit deux périodes dans son état. La première fut caractérisée par des douleurs sourdes dans l'hypogastre, une fièvre continue avec des sueurs abondantes chaque nuit, un dépérissement assez rapide. La seconde période fut marquée par une prostration *qui ne s'établit pas graduellement*, par une altération subite des traits de la face, un demi délire et une abondante diarrhée. Cette seconde période fut courte, et la mort la suivit bientôt. A l'ouverture du cadavre, on trouva les lésions suivantes : 1° un état d'engorgement et de ramollissement très-marqué du tissu de l'utérus ; 2° autour de cet organe, plusieurs collections purulentes renfermées dans des loges dont les parois étaient constituées par des fausses membranes entrecroisées en sens différents ;

3° un peu de sérosité légèrement trouble, épanchée dans le reste du péritoine ; 4° une injection vive de la fin de l'iléon, du cœcum et du commencement du colon ; 5° une lésion plus rare, sur laquelle j'appelle surtout en ce moment l'attention : un grand nombre de veines situées dans l'excavation du bassin nous frappèrent par leur état de distension ; elles étaient remplies par un sang coagulé, auquel était mêlé, sous forme de gouttelettes éparses, un liquide blanchâtre, que les personnes qui assistaient à l'autopsie comparèrent à du pus. Les parois mêmes de ces veines n'offrirent aucune altération appréciable. Le sang contenu dans la veine iliaque primitive et dans la veine cave inférieure avait le même aspect. On ne trouva plus rien de semblable dans les cavités droites du cœur, ni dans le reste de l'appareil circulaire. Mais en incisant le poumon droit, qui, vu extérieurement, paraissait très-sain, on trouva en trois points son parenchyme refoulé par des collections de pus, occupant un espace qui, pour deux d'entre elles, aurait pu contenir une noix, et pour la troisième, une noisette. Autour de ces abcès, le parenchyme pulmonaire ne présentait aucune altération appréciable. Dans le foie, on trouva un autre abcès, qui, comme ceux du poumon, existait sans lésion du parenchyme autour de lui. Enfin, dans le cerveau, au niveau et en dehors d'une des couches optiques, on rencontra encore un foyer de pus de la grandeur d'une grosse noisette, et que n'accompagnait aucune injection, aucun ramollissement de la substance cérébrale environnante.

J'ai eu occasion d'observer d'autres faits semblables au précédent sous le rapport de ces collections purulentes trouvées simultanément dans différents organes, sans trace d'inflammation de ceux-ci. C'est surtout à la suite de grandes opérations chirurgicales, d'accouchements laborieux suivis de métrite, de suppurations longtemps entretenues, que j'ai observé de semblables cas. Dans le fait particulier dont il s'agit ici, ne semble-t-il pas que le pus, primitivement formé dans l'excavation du bassin, a été absorbé, porté dans les veines où on l'a trouvé, intimement mêlé dans le cœur au reste du sang, où il n'a plus été possible de l'apercevoir, puis déposé dans le parenchyme du poumon, du foie et du cerveau ; de même que dans les expériences sur les animaux, on voit plusieurs substances introduites dans le tissu cellulaire se mêler au sang, et en être séparées *en nature,* à la surface ou dans le parenchyme de différents organes (1).

---

(1) J'ai déjà eu occasion de discuter cette question, qui vient d'être abordée par

CHAPITRE IV.

INFLAMMATIONS PARTIELLES DU TISSU CELLULAIRE SOUS-PÉRITONÉAL.

Il me semble convenable de parler de ces inflammations à la suite des diverses péritonites partielles qui viennent d'être décrites ; c'est en effet un complément de leur histoire. D'abord les symptômes de la plupart des affections du tissu cellulaire sous-péritonéal se confondent avec les symptômes des maladies du péritoine lui-même ; en second lieu, les recherches de MM. Ribes et Gendrin tendent à faire admettre qu'il n'y a que bien peu de différence, sous le rapport de la texture, entre le péritoine proprement dit et le tissu cellulaire qui lui est subjacent, et que c'est sous ce tissu cellulaire que se passent un grand nombre de phénomènes physiologiques, ou pathologiques, dont on place ordinairement le siége exclusif dans la lame mince appelée péritoine.

XXXIe OBSERVATION.

Tumeur développée sous l'épiploon gastro-hépatique, pouvant être prise pendant la vie, en raison de sa situation et des symptômes qu'elle produit, pour une tumeur du foie et de l'estomac. Ictère.

Un homme, âgé de 71 ans, maçon, fit une chute sur les lombes, dans le cours du mois de juillet 1821. Il garda le lit pendant quelques jours, puis reprit ses occupations

M. Velpeau, avec une grande sagacité (*Revue Médicale*, juin et juillet 1826), soit dans une thèse sur les Crises, soutenue pour le concours de l'agrégation, en 1824, soit dans mes cours de 1825 et 1826, soit dans le second volume de la *Clinique*. Si de nouveaux faits tendent définitivement à faire résoudre cette question par l'affirmative, aux abcès idiopathiques et à ceux par congestion, il faudra ajouter les abcès par transport métastatique de pus, à l'aide de la circulation, sur différents organes, sans inflammation préalable de ceux-ci. Peut-être non plus l'époque n'est-elle pas éloignée où l'on reviendra aussi à une idée de Dehaen, qui admettait que, dans certaines circonstances, le pus peut se former de toutes pièces dans le sang, comme on voit s'y former l'urée dans l'état physiologique. Il est bon de se rappeler quelquefois, dans les sciences, et surtout en médecine, cette pensée du poëte latin :

Multa renascentur quæ jam cecidêre, cadentque
Quæ nunc sunt in honore.

(*Note de la première édition.*)

ordinaires. Au mois d'octobre de la même année, il commença à ressentir des douleurs peu intenses et passagères dans la partie droite de l'épigastre. Peu à peu elles devinrent plus fortes et continues. En même temps, perte de l'appétit ; rapports ; vomissements d'eaux acides ; constipation ; diminution des forces ; amaigrissement ; développement graduel d'une tumeur dans l'hypocondre droit. Le 25 décembre, le malade entre à la Charité et présente les symptômes qui viennent d'être énoncés. A droite de l'épigastre, existe une tumeur qui occupe, au-dessous du rebord des côtes, une étendue de cinq travers de doigt en hauteur ; elle est globuleuse, immobile, très-douloureuse à la pression. La face a une teinte jaune-paille très-prononcée. La langue a son aspect naturel. Le pouls est faible, sans fréquence ; le peau sèche et rude. Même état les trois jours suivants (*eau de veau émulsionnée, tisane de chicorée avec vingt-quatre grains d'acétate de potasse, lavement purgatif, cataplasmes émollients sur la tumeur, bouillons et vermicelles.*) Le 28 décembre, une teinte ictérique très-prononcée existait sur les conjonctives et sur toute la peau. Le 29, l'ictère persiste ; il y a un léger trouble dans l'intelligence; la face est singulièrement altérée ; le pouls est misérable. Les deux jours suivants, la prostration devient de plus en plus grande ; l'intelligence est comme anéantie ; les extrémités se refroidissent ; le pouls cesse de battre, et la mort a lieu le 1er janvier.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les parois abdominales ayant été enlevées, on aperçut vers la partie droite de l'épigastre une tumeur qui avait le volume de deux poings réunis, circonscrite en bas par la petite courbure de l'estomac, en rapport supérieurement avec le lobe gauche du foie et le diaphragme, reposant en arrière sur l'aorte. Cette tumeur adhérait fortement au bord diaphragmatique et à la face postérieure de l'estomac ; elle faisait à l'intérieur de cet organe, dans la portion pylorique, une saillie considérable : cependant l'estomac lui-même ne présentait d'autre altération dans ses tuniques qu'un peu de rougeur de la muqueuse vers le grand cul-de-sac. Cette tumeur était formée par les tissus squirrheux et encéphaloïde à l'état de crudité, avec dépôt de matière tuberculeuse en quelques points. Il ne me fut pas bien démontré qu'en arrière, cette tumeur comprimât les canaux biliaires. La première portion du duodénum était saine; on y voyait, comme de coutume, un grand nombre de follicules muqueux très-apparents, dont plusieurs présentaient un point noir à leur sommet ; mais dans les deux autres portions de cet intestin, on observait une rougeur très-vive ; on eût dit que les valvules conniventes avaient été teintes par du sang. L'orifice du canal cholédoque était marqué par un tubercule rouge, et beaucoup plus saillant que de coutume. Dans les premières anses du jéjunum, les traces d'inflammation disparaissaient peu à peu : on n'en retrouvait plus dans le reste du tube digestif. Le foie ne parut pas être altéré ; on ne trouva rien d'insolite dans les canaux biliaires. Rien de remarquable dans les autres organes de l'abdomen, du thorax et du crâne.

Cet individu avait présenté, pendant la vie, tous les signes rationnels d'une affection organique de l'estomac, et il était naturel de regarder la tumeur comme appartenant à cet organe. Cependant ce diagnostic, qui semblait reposer sur des bases si certaines, n'était pas juste. L'esto-

mac était sain ; mais la compression à laquelle il était soumis par la tumeur développée dans son voisinage, l'oblitération d'une partie de sa cavité par cette même tumeur, rendent suffisamment compte des divers symptômes de gastrite chronique que présenta le malade. A propos de ce fait particulier, je ne crois pas devoir discuter longuement sur l'origine et la nature de la tumeur. Je rappellerai seulement, quant à son origine, qu'il est possible que la chute faite sur les lombes, c'est-à-dire une cause irritante, ait contribué à la produire. Quant à sa nature, je ferai remarquer qu'elle était développée dans du tissu cellulaire, et, en la rapprochant d'autres tumeurs dont j'ai cherché ailleurs à approfondir la nature, je la regarderai comme le produit d'une hypertrophie, d'une induration de ce tissu cellulaire.

Les nouveaux symptômes qui apparurent pendant les derniers jours de l'existence du malade, l'ictère, les accidents cérébraux, l'état de prostration dans lequel il tomba rapidement, ne trouvèrent leur explication dans aucune affection du foie ou de l'encéphale; mais il y avait une très-remarquable inflammation du duodénum, avec tuméfaction de la muqueuse autour de l'orifice du canal d'excrétion de la bile.

XXXIIe OBSERVATION.

Abcès autour d'un rein. Atrophie de celui-ci. Plusieurs symptômes de néphrite chronique.

Une femme, âgée de 40 ans, éprouvait depuis longtemps une douleur sourde à la partie postérieure du flanc droit. Un an environ s'écoula sans que sa santé fût d'ailleurs dérangée; mais au bout de ce temps, les digestions se troublèrent, des vomissements survinrent de temps en temps, la douleur devint plus vive, et un mouvement fébrile s'établit chaque soir. Lorsque cette femme entra à la Charité, dix-huit mois environ après qu'avait commencé à se manifester la douleur rénale, elle était dans un état de marasme déjà fort avancé; le pouls était habituellement fréquent; il y avait des sueurs chaque nuit. Le décubitus sur le côté gauche était le seul possible. La cause de ces symptômes semblait résider dans une lésion du rein droit, annoncée : 1o par l'ancienne douleur dont le flanc droit était le siége; 2o par une tuméfaction très-notable de la partie postérieure de ce même flanc, qui était très-douloureux par une pression même légère ; 3o par le caractère des urines, qui étaient rouges et déposaient un sédiment blanchâtre. Plusieurs applications de sangsues furent faites sans succès. L'empâtement de la région rénale droite devint de plus en plus considérable ; le membre abdominal droit s'infiltra ; une abondante diarrhée s'établit, et la malade succomba après un séjour de près de quatre mois à l'hôpital.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le colon ascendant était soulevé et repoussé vers la ligne médiane par une tumeur volumineuse qui occupait la place du rein. A peine le scalpel y eut-il été enfoncé de

quelques lignes, qu'on en vit jaillir un pus blanc-jaunâtre très-abondant. Il était contenu dans une poche bornée en avant par le péritoine, qui passait au-devant d'elle, et qu'elle avait soulevée ; en arrière, le feuillet aponévrotique sur lequel repose le rein était détruit, et du pus était infiltré entre les muscles jusque près de la peau des lombes. En haut, ce pus était séparé du foie par un tissu cellulaire dur et épais, et en bas ce même tissu cellulaire l'empêchait de s'étendre du côté de la fosse iliaque. Au milieu de cette vaste poche purulente on ne trouvait plus d'autre vestige du rein qu'un corps qui n'avait pas le quart du volume d'un rein ordinaire, mais qui en avait d'ailleurs la forme, la structure, et duquel partait l'uretère. L'autre rein était sain ; la surface interne de la vessie présentait une couleur ardoisée et un aspect rugueux. La membrane muqueuse du colon était molle, comme pulpeuse, sans être rouge. Le grand cul-de-sac de l'estomac était remarquable par l'extrême minceur de ses parois, qui, en plusieurs points, ne semblaient plus réellement constituées que par le péritoine.

Les lésions trouvées sur le cadavre de cet individu rendent parfaitement compte des symptômes observés pendant la vie. Nous appellerons l'attention sur cette atrophie du rein, laquelle parut s'effectuer en même temps que le tissu cellulaire qui l'entoure devenait le siége d'un travail morbide plus actif. Il semble que, dans ce cas, la nutrition, en excès dans le tissu cellulaire, se fit en moins dans le rein.

XXXIIIe OBSERVATION.

Abcès dans le muscle psoas, avec destruction du périoste des vertèbres qui sont en contact avec le pus. Ascite.

Un peintre en bâtiments, âgé de 45 ans, avait plusieurs fois subi à la Charité le traitement de la colique saturnine. Il y rentra une dernière fois accusant encore des douleurs abdominales, qu'il rapportait, comme les précédentes, au maniement des préparations de plomb ; mais on se convainquit bientôt qu'elles reconnaissaient une autre cause. Voici, en effet, ce que nous constatâmes : quatre mois avant d'entrer à la Charité, ce malade avait commencé à ressentir à la région lombaire, surtout à gauche, une douleur profonde que la pression n'augmentait pas, mais qui s'accroissait par la marche et par les divers mouvements du tronc. Pendant les trois premiers mois, il avait continué, quoique avec peine, ses occupations accoutumées ; mais au bout de ce temps, la douleur lombaire s'étendit à l'abdomen ; la marche devint impossible, et bientôt après le ventre commença à se tuméfier. Lorsque nous vîmes ce malade, il avait une ascite non douteuse, et, de plus, les deux membres abdominaux étaient infiltrés, ainsi que le scrotum. La face était pâle et considérablement émaciée, ainsi que les membres thorachiques. Le pouls était fréquent, la peau chaude. La cuisse gauche restait immobile et demi-fléchie ; dès que le malade essayait de lui imprimer quelque mouvement, les douleurs qu'il ressentait profondément dans l'abdomen et dans les lombes du côté gauche augmentaient beaucoup d'intensité ; on la soulevait, au contraire, sans accroître ces douleurs. Le malade suait abondamment chaque nuit ; il toussait depuis plusieurs mois, et expectorait des crachats verdâtres et opaques (*vésicatoires aux jambes ; frictions et boissons diurétiques*). Ce malade resta trois mois à l'hôpital, sans que son état changeât d'une manière sensible ; puis il se forma sur le sacrum une large escarre, dont rien ne put arrêter les progrès : une des cuisses devint le siége d'un vaste érésipèle ; dès lors le malade tomba rapidement dans un état adynamique, et ne tarda pas à succomber. Pendant les derniers temps de son existence, il avait eu une expectoration semblable à celle que nous observons souvent à la Charité chez les phthisiques : au milieu d'un liquide semblable à de l'eau de gomme étaient suspendus des flocons grisâtres (crachats floconneux).

OUVERTURE DU CADAVRE.

Une grande quantité de sérosité limpide existait dans la cavité péritonéale. Rien n'indiquait, anatomiquement parlant, que cette ascite eût succédé à une péritonite. Au-dessous et en dehors de la lame du péritoine, qui des reins se réfléchit sur le côté gauche de la colonne vertébrale pour former un des feuillets du mésentère, existait une énorme collection de pus. Elle occupait la place du muscle psoas, dont on ne trouvait plus que quelques fibres éparses, qui se terminaient inférieurement à son tendon demeuré intact. Le pus touchait immédiatement le corps des vertèbres, qui était dépouillé de son périoste et rugueux. On retrouvait aussi du pus au-dessous de l'arcade crurale ; il existait en grande quantité entre les muscles de la partie interne de la cuisse, dans son tiers supérieur environ.

La membrane muqueuse de l'estomac était d'un gris ardoisé, le reste du tube digestif légèrement injecté en quelques points, sain d'ailleurs. Les bronches étaient rouges, le parenchyme pulmonaire engoué, sans tubercules. La rougeur érésipélateuse de la peau de la cuisse persistait ; l'ulcération gangréneuse de la peau du sacrum avait mis à nu une partie de cet os.

Cette observation offre un exemple de la maladie qui a été décrite, depuis quelques années, sous le nom de psoïtis. Il me semble au moins fort douteux que, dans le cas dont il s'agit ici, la maladie ait commencé par une affection du muscle lui-même. On ne voit guère, en effet, un simple rhumatisme musculaire se terminer par suppuration : celle qui eut lieu dans ce cas sur la partie latérale gauche du rachis, me paraît bien plutôt avoir eu son point de départ dans une inflammation sourdement établie du tissu cellulaire sous péritonéal et inter-musculaire de cette partie. Elle ne fut longtemps annoncée par d'autres symptômes que par une douleur lombaire ; de même que, dans l'observation citée avant celle-ci, nous avons vu une douleur formée au flanc être le seul signe qui annonçât pendant longtemps la formation d'un abcès autour de l'un des reins. La destruction du muscle psoas, au milieu duquel existait le pus, ne fut pas consécutive à la phlegmasie du tissu cellulaire, ses fibres disparurent peu à peu, comme disparut le périoste du corps des vertèbres. Nous retrouvons un pareil état des muscles dans un grand nombre d'anciens phlegmons des membres. L'immobilité de la cuisse du côté affecté, l'extrême douleur que produisait toute contraction tendant à lui imprimer du mouvement, ont été notées comme des symptômes du psoïtis ; ces phénomènes étaient très-marqués chez notre malade. L'ascite, l'infiltration du scrotum et des membres abdominaux, furent

consécutives à l'abcès sous-péritonéal. En dépendaient-elles? on ne trouva, du moins, aucune autre cause à laquelle on pût les attribuer.

J'ai dit ailleurs quelle importance il fallait attacher aux caractères des crachats pour diagnostiquer l'existence des tubercules pulmonaires. Ici, l'on observa pendent plusieurs jours des crachats floconneux, qui sont regardés par quelques personnes comme caractéristiques de la phthisie, et cependant il n'y avait que simple bronchite chronique. Celle-ci existait depuis longtemps, et cependant aucun tubercule ne s'était formé dans le poumon: il n'y avait donc pas disposition à la sécrétion tuberculeuse, ce qui était tout à fait en rapport avec la nature du pus formé sous le péritoine lombaire : il était crémeux, homogène, et non séparé en grumeaux, plus ou moins séreux, tel qu'on le trouve le plus ordinairement chez les individus disposés aux tubercules; tant il est vrai que le travail local qui produit le tubercule est lié à une disposition générale des solides et des fluides qui se manifeste par des modifications remarquables de la nutrition et des sécrétions.

XXXIVe OBSERVATION.

Tumeur à parois cartilagineuses, contenant une matière grasse et des poils, développée entre les lames du mésentère.

Une négresse, âgée de 59 ans, entra à la Charité dans un état de marasme et de faiblesse extrême. On ne put obtenir d'elle aucun renseignement sur les accidents qu'elle avait éprouvés jusqu'alors. Au-dessous de l'ombilic, le palper faisait reconnaître une tumeur arrondie, mobile : elle se prolongeait vers l'hypogastre ; par sa forme et sa situation, elle ressemblait assez à l'utérus développé. Cette femme mourut deux jours après son entrée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Entre les lames du mésentère, en dehors par conséquent du péritoine, faisait saillie, au-devant des vertèbres lombaires, une tumeur grosse comme la tête d'un enfant naissant, irrégulièrement ovoïde. Son enveloppe était cartilagineuse ; il fallut un fort scalpel pour l'entamer. Cette tumeur était entièrement remplie par une matière d'un blanc jaunâtre, ne pouvant être mieux comparée qu'à du suif. On y trouvait épars un grand nombre de poils libres par leurs deux extrémités, qui ne présentaient ni renflement ni bulbe. Outre ces poils isolés, on trouva plongée au milieu de la matière suifeuse une touffe de poils qui étaient mêlés les uns aux autres de manière à former des nœuds inextricables. Cette touffe avait le volume de deux noix réunies.

FIN DES MALADIES DE L'ABDOMEN.

TABLE

DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE.

